Anales de la Real Academia Nacional de Medicina

Real Academia Nacional de Medicina (Spain)

ANALES

REAL ACADEMIA DE MEDICINA

COMISIÓN DE PUBLICACIÓN.

Excmo. é Ilmo. Sr. D. Manuel Iglesias y Díaz, *Presidente.* (San Quintín, 10, principal, izquierda.)

Sr. D. Mariano Carretero y Muriel. (Torrecilla del Leal, 14, principal.)

Excmo. é Ilmo. Sr. D. Francisco de Cortejarena y Aldabó, *Secretario.* (Florín, 8; segundo.)

ANALES

DE LA

REAL ACADEMIA DE MEDICINA

ANALES

DE LA

REAL ACADEMIA DE MEDICINA

TOMO VIGÉSIMOTERCERO

MADRID
EST. TIP. VIUDA É HIJOS DE MANUEL TELLO
IMPRESOR DE CÁMARA DE S. M.
C. de San Francisco, 4
1903

COMISIÓN DE PUBLICACIÓN

Excmo. é Ilmo. Sr. Dr. D. Manuel Iglesias y Díaz, *Presidente.*

Sr. D. Mariano Carretero y Muriel.

Excmo. é Ilmo. Sr. Dr. D. Francisco de Cortejarena y Aldebó, *Secretario.*

DOCUMENTOS

LEÍDOS EN SESIONES PÚBLICAS

ACTA ESPECIAL

REFERENTE AL CONCURSO DE PREMIOS DE 1902

Constituída la Academia en sesiones especiales convocadas al efecto, con el fin de calificar los trabajos presentados en opción á los Premios correspondientes al año de 1902:

Oídos los informes de las Secciones y Comisiones respectivas:

Resultando que acerca del tema referente á uno de los Premios de la Corporación, que dice así: «Estudio de la orina y del papel que su secreción representa en las funciones vegetativas. ¿Está sustituída por la de otro humor antes de existir los riñones en el embrión?»; se ha recibido una Memoria, señalada con el lema: «La función de la secreción urinaria es esencialmente eliminadora, depurativa, sirviendo de salvaguardia del organismo contra las intoxicaciones y auto-intoxicaciones:»

Resultando que para el otro Premio de la Academia sobre el tema: «Comarcas de España más á propósito para que en ellas se connaturalicen las diversas especies del género *Cinchona* que dan *Quinas oficinales* y medios de conseguir su aclimatación,» se ha presentado otra Memoria, con el lema, «Ars climas delet:»

Resultando que en solicitud del Premio del Dr. D. Pedro María Rubio se han recibido las siguientes obras: «Higiene razonada de la boca;» «Terapéutica infantil;» «Memoria sobre una epidemia de viruela en Peñaranda de Bracamonte;» «Apo-

plegía cerebral» y «Estudio clínico-terapéutico de las fiebres exantemáticas,» por el mismo autor; «Elementos de Microbiología» y «Elementos de Patología general:»

Resultando que en opción al Premio del Excmo. Sr. D. José Calvo y Martín se han presentado cuatro aspirantes dentro del plazo señalado, y uno después de terminado, que por esta razón ha sido eliminado del concurso, remitiendo los primeros los documentos justificativos exigidos en el Programa y Memorias referentes á Viruela confluente, Difteria, Grippe y Cólera:

Considerando que la Memoria que versa sobre el «Estudio de la orina,» si bien se recomienda por la discreción con que está redactada, por la erudición que contiene y por algunos experimentos que su autor ha realizado, para comprobar la uro-toxicidad, carece de la copia de hechos ó ideas originales, que forzosamente ha de exigirse en los trabajos que opten á estos concursos, omitiéndose las notables investigaciones y publicaciones sobre urología y secreción interna de los riñones, que forman ya parte del patrimonio de la ciencia:

Considerando que la Memoria referente á las «Comarcas que en España son más á propósito para la connaturalización de las quinas», no llena tampoco las condiciones y fines que la Academia perseguía, y es deficiente en su desarrollo científico y doctrinal; resultando, sin embargo, muy dignos de encomio y de la consideración de este Centro científico los esfuerzos que el autor ha realizado para proporcionarse semillas del *Cinchona Ledgeriana,* que se han sembrado por su diligencia en diferentes puntos de nuestro país, alcanzando éxito satisfactorio:

Considerando que de las obras recibidas para los dos Premios de la fundación Rubio, que la Academia podía otorgar en el concurso del año último, son merecedoras de tal recompensa las que tratan de Apoplegía cerebral, Estudio clínico-terapéutico de las fiebres eruptivas, Elementos de Microbiología y Elementos de Patología general; ofreciendo condiciones de preferencia las dos últimas, por la mayor trascendencia, dificultad ó novedad de los asuntos sobre que versan:

Y considerando que entre los aspirantes al Premio del Excelentísimo Sr. D. José Calvo, son dignas de atención especial

las circunstancias y Memorias de los profesores D. Antonio Hernández Cuartero, D. Francisco Bernardo Torrijos y Don Siro Rico Ceballos, mereciendo éste el primer lugar, por la importancia de la epidemia de cólera que describe, forma de exposición, datos que aporta, laboriosidad que exigen las gráficas y el cuestionario que acompaña, y porque el interesado continúa ejerciendo el cargo de titular, á pesar de haber sufrido la amputación de una pierna por causa de un padecimiento crónico, que se creyó ocasionado por el ímprobo trabajo á que le obligó su empleo de Médico municipal;

La Academia acuerda:

1.° Que no há lugar á adjudicar los Premios y Accésit ofrecidos en el concurso de 1902, y que se distinga con Mención honorífica á los autores de las Memorias señaladas con los siguientes lemas:

«La función de la secreción urinaria es esencialmente eliminadora, depurativa, sirviendo de salvaguardia del organismo contra las intoxicaciones y auto-intoxicaciones,» y «Ars climas delet.»

2.° Otorgar el primer Premio de la fundación del Dr. D. Pedro María Rubio á D. León Corral y Maestre, por su obra «Elementos de Patología general;» y el segundo á D. Luis del Río y Lara, por sus «Elementos de Microbiología.»

Y 3.° Adjudicar el Premio del Excmo. Sr. D. José Calvo y Martín á D. Siro Rico Ceballos, Médico titular de Madrigal de las Torres, en la provincia de Avila.

Madrid, 1.° de Enero de 1903.—*El Presidente*, José Calvo.—*El Secretario perpetuo*, Manuel Iglesias y Díaz.

BIOGRAFÍA

DEL

Excmo. É Ilmo. Sr. Dr. D. MATÍAS NIETO Y SERRANO

PRIMER MARQUÉS DE GUADALERZAS

PRESIDENTE QUE FUÉ DE ESTA REAL ACADEMIA

escrita y leída por el Académico numerario

Ilmo. Sr. D. EDUARDO SÁNCHEZ Y RUBIO

EN LAS SESIONES DE 31 DE ENERO Y SIGUIENTES DEL AÑO DE 1903

Señores Académicos:

Habéis querido que sea yo quien pronuncie hoy, en vuestro nombre, la oración fúnebre reclamada por esta clase de exequias académicas, y me habéis abrumado así de honor y compromiso; pues por la primera vez de mi vida veo llegarse á mi ánimo y enlazarse á mi decoro, otro de gigantescas dimensiones, el vuestro, en demanda y espera de que corresponda yo, por ambos, á una justicia, un respeto y un cariño—igualmente graves y agigantados—que se me acercan en aquel mismo instante, exigiéndome lo que debemos al sabio, al maestro y al amigo, cuantos cumplimos en estos tristes momentos con la ley natural, que nos obliga á llorar la muerte de nuestro Presidente, por más persuadidos que estemos de su inmortalidad. ¡Quién pudiese hallar los acentos de un Bossuet, para responder dignamente á vuestra confianza!

Podría, sin embargo, parecer que la grandeza misma del personaje, cuya conmovedora memoria nos reúne, hablase por mi boca é imposibilitara su empequeñecimiento; y así lo hube yo también de entender alguna vez en los comienzos de esta mi

empresa arriesgadísima, cuando creía tener boca bastante para alabar á nuestro maestro. Esta animadora ilusión no me ha durado, sin embargo, más tiempo que el invertido en mi trabajosa ascensión á cúspides de la Filosofía y del filósofo, que tomaba por próximas desde la altura á que mi antiguo y afectuoso trato con D. Matías Nieto y Serrano, y mi afición al celeste objeto de la suya, me habían hecho alcanzar muy paso á paso. Una vez en los nuevos coronamientos, es cuando he podido formar un más cabal y temeroso concepto de los restantes y de las dimensiones del conjunto que, mirado á cierta distancia —y por la razón misma de lo bien concertado de sus proporciones,—me engañaba, como lo hacen los mayores monumentos de la Tierra.

Pero el Marqués de Guadalerzas—que había nacido en Palencia el día 24 de Febrero del año 1813—era todo un monumento *viviente*, como la Ciencia desplegada por su sabiduría, y podía gozarse y se gozaba, por virtud de esta misma, en achicarse calculadamente á los ojos del neófito; sin duda con objeto de que, resultando empequeñecida á compás de él la Deidad que él personificaba, se rebajase proporcionalmente el temor y se previniera el desaliento de quienes nos llegábamos al Maestro, al Pontífice de aquella religión sin dogma, en súplica de que nos guiase á su elevado templo y nos iniciara en sus misterios infinitos.

Yo, en mi condición de discípulo, hube de ser influído por esta modestia ejemplarísima del grande hombre, y hube de caer en el bondadoso lazo; hallando, por consiguiente, tan grato como practicable, ya que no diga fácil, el acceso al santuario; igualmente que del todo natural y al uso, por no decir semivulgar, aquel conocimiento del camino; no pareciéndome difícil otra cosa que el aprendizaje de la *lengua* necesaria para entenderse en aquellas alturas. Así es como mi anhelante curiosidad me llevó en pos de mi venerable amigo, y alimentada y robustecida sin cesar bajo su dirección experta, creció y ganó la energía indispensable para trocar en acicates de su acción aquellas mismas dificultades que, de presentarse en los primeros momentos, la hubieran hecho víctima del pánico. ¡Bendita

equivocación! Gracias á vosotros, es hoy cuando he aprendido á conocerla; porque, gracias á vosotros, me he visto en la precisión de estudiar como nunca á mi maestro; teniendo, para ello, que consumar el conocimiento de las numerosas obras en que ha dejado estampada la fotografía de su espíritu, al lado de la de su incomparable amada, la Filosofía: señora del tiempo y del espacio, de la nada y del todo, de lo conocido y lo desconocido; señora de la materia y del espíritu. ¡Cuánto me habéis hecho aprender, honorables Académicos, desde que me señalásteis para representaros en este día solemne, y ser eco en él de vuestras ilustres conciencias! ¡Cuánto os debo! ¡Y cuánto es lo que debo al gran Marqués de Guadalerzas, por haberme enseñado, muerto, más de lo que alcanzó á enseñarme vivo! ¡Suprema y definitiva revelación del hombre verdaderamente superior; de aquél que, al abandonar la prosa de la vida orgánica, se despoja de cuanto no raya en lo sublime, para dejar sobre la Tierra uno de tantos rastros luminosos como la sirven de lazo con el Cielo! Pero creed que ha sido á costa del tormento de un indescriptible temor, que hasta aquí mismo me persigue, como me habéis hecho gozar de la honra y el provecho dispensados, y que nunca como ahora he dudado de mi valer y percibido la necesidad de ser juzgado con todo aquel espíritu de benevolencia que, en este peligroso momento de la prueba, debo aguardar de quienes me han traído á él por indulgentes.

He dicho que la Filosofía es, para el hombre, la soberana de la materia y del espíritu, porque no solamente alza su alcázar de sabiduría sobre todas las ciencias por cimiento, sino que, asentada en su trono majestuoso, se atreve á dirigir al Universo esta pregunta: «¿Quién eres?», y al Infinito esta otra: «¿Quién soy yo?»

¡Oh, Marqués de Guadalerzas admirable, y de qué prodigiosa manera has contestado, en nombre del Universo y de la Eternidad, para gloria personal tuya y la de esta Academia y de la Patria; y para gloria perenne de la Humanidad toda, que repetirá secularmente tu nombre á la par que los de sus hijos preclarísimos Pitágoras, Sócrates, Platón, Aristóteles, Descartes, Leibnitz, Bacon, Locke, Kant, Hegel y Renouvier! Por mi des-

gracia, y ninguna fortuna de mi maestro, esta afirmación mía está sujeta á las consecuencias de mi dudosa autoridad sobre los ánimos ajenos. Mas poco es lo que á mi tranquilidad puede importar realmente la menguada fe de éstos en mí, si es tanta la que deben inspirarme muchos de ellos, y particularmente los vuestros, y tan grande la que el mío guarda para los que considero imperecederos escritos de mi mentor; sobre los cuales, el justiciero criterio universal á que ya se encuentran sometidos, empieza á imponer el abrillantado sello de su sanción inapelable. ¿Qué importa, pues, aquí el grado de mi autoridad, si no ha de ser ella la que resuelva la cuestión, y si, en todo caso, está reducida á ser un reflejo de la vuestra?

Ahora bien: la aparición del Marqués de Guadalerzas en España, no puede menos de significar lo que la de todos los grandes filósofos en sus naciones respectivas: el progreso, la prosperidad, el apogeo. Porque la superioridad en el mundo es de la inteligencia racional, con la que aparece privilegiado el hombre, en relación á todos los demás seres que le rodean; y el hombre más inteligente, en relación al que lo es menos. Por manera, que el grado de intervención de la Verdad, sol del espíritu, da la medida de la iluminación y acierto de las acciones humanas; no siendo otro el secreto de que el imperio de la Tierra sea ejercido por la Sabiduría, en vez de la Ignorancia, y de que su lema sea éste, y no otro: *Saber es poder*. En esta virtud, Sócrates, Platón y Aristóteles son la Grecia clásica; Leibnitz, Kant y Hegel, la Alemania moderna; Locke, Hume y Bacon, la poderosa Inglaterra, y Descartes, Condillac y Renouvier, la gran Francia. Las naciones que carecen de representación en este Olimpo del pensamiento humano, son otras tantas lunas de ese resplandeciente sol de soles; lunas *llenas*, tal vez—como lo fueron la Roma y España épicas,—ó *menguantes*—cual la mayoría de naciones no expresadas,—pero que en el uno ú otro de ambos casos no pasan de astros de segundo orden, cuya vida es concordante con la energía de la luz ajena que reciben. Mas como las naciones no disfrutan de igual permanencia que los mundos, la falta de energía propia es en ellas mucho más que una cuestión de vanagloria ó de miserias de

tutela, porque es signo de un peligro de muerte. ¡Bien haya, pues, para nuestra Patria el glorioso momento en que su claro nombre es levantado por uno de sus hijos hasta las más altas regiones de la inteligencia!

¿Queréis prueba evidente del influjo de los grandes pensadores sobre los demás hombres? Pues viajad de unas á otras naciones, y hallaréis á Descartes y á Leibnitz reflejados hasta en el último agente de policía ó el humilde ganapán de su nación, hasta en las vendedoras del mercado, hasta en la menor hojuela ó florecilla del árbol de la sabiduría nacional, cuyo tronco ellos robustecieron; así como los echaréis de menos y lamentaréis su falta, allí donde ellos no pudieron comunicar á nadie la refinada savia de su espíritu. Y si es que comparamos el poder de éste al de la luz, es indudable entonces que su alcance corresponderá á la intensidad de la del foco.

He aquí la gran merced que España deberá de hoy más á Guadalerzas. Merced tanto mayor, cuanto que la malicia, con toda su torpe descendencia, ocupa siempre el lugar que deja vacante la inocentísima sabiduría; que es la razón de que den tan poco que hacer á la justicia humana los sabios, y tan mucho los tabernarios ignorantes, y de que se haya dicho que *cada escuela que se abre es un presidio que se cierra;* pudiendo también añadirse que cada escuela de Filosofía es tan grande como una nación, y á veces como el mundo.

Mas el tronco del árbol del saber tiene un exterior árido y mortecino, incapaz de llamar la atención pública como lo hacen sus hermosas ramas y sus flores multicolores, y no hay que decir si también sus gustosos y nutritivos frutos. ¿Pero qué sería del árbol sin el tronco? Lo que son las naciones sin filósofos.

¿Y por qué ha de ser la Filosofía el tronco, y no la menor rama, del árbol de la humana sabiduría?, podría quizá preguntarse. ¿Por qué ha de ser el fundamento de ésta, siendo así que en eficacia y visible poderío la exceden las demás Ciencias, y aun las Artes, que verdaderamente la originan y sostienen: éstas, impulsándonos hacia la Verdad por las sendas de lo Bello, lo Bueno, lo Justo, lo Util, y aquéllas por el más ancho y derecho camino de las Causas; las primeras, las Artes, por obra

singular de la intuición; las segundas, las Ciencias, por predominante intervención del raciocinio, y todas juntas por virtud de la inteligencia en pleno?

Yo entiendo que la Filosofía es á los conocimientos humanos lo que el tronco á los árboles, porque si bien es cierto que recibe, como éste, los jugos de la madre tierra absorbidos por las raíces—que en la Filosofía son las Artes,—y que las ramas y las hojas—que en ella son las Ciencias—los elaboran convenientemente para la vida entera del ser, incluso el tronco, éste lleva consigo la misión *filosófica* de *unificar* las actividades todas del conjunto, *relacionándolas* entre sí del modo acomodado para asegurar, con la vida de cada una de las partes, la de la totalidad de éstas, que es el árbol.

Por consecuencia de esta verdad, aquello que no alcanzaron para la madre España nuestros hermanos, los conquistadores á mano armada, los héroes de la guerra secular, se lo ganarán los héroes de la paz, los conquistadores de los diamantinos territorios del espíritu, los invencibles ejércitos de pensadores que han de seguir á Guadalerzas y á sus segundos Balmes, Sanz del Río, Revilla, Campoamor, Mata, Orti y Lara, Marqués de San Gregorio, Fr. Ceferino González, Letamendi....., capaces de hallar camino para sorprender los secretos de la Naturaleza, conocer sus leyes y convertirlas en fieles servidoras del hombre; que tal es la recompensa reservada en primer término al sabio adivinador del enigma de cada una de estas Esfinges, y tras él á cuantos, por seguir sus pasos, se hacen merecedores de otro tanto.

Así es, y no de otra manera, como la Ciencia atesora de continuo poderes y beneficios, admisibles hasta por la más austera ó recelosa de las Religiones, y que son otras tantas prendas de aproximación y paz entre los hombres pensadores y creyentes. Quizá sea éste el mayor título de gloria y autenticidad de la verdad averiguada, y lo que más debe animarnos á oir la voz de cuanto nos manda trabajar por conseguirla, á través de todas las dificultades y asperezas; con inclusión de las de la controversia, tan tónicas como todos los amargos. ¡Honor, pues, á nuestro excelso Presidente!

Mas podría ocurrir que hubiese alguien que preguntara también si era admisible la bondad de la Filosofía, y con ella mi derecho á exaltarla—igualmente que á sus cultivadores,—cuando los más de éstos disienten hasta en el modo como han de definirla; quedando así el supuesto tronco de los conocimientos humanos reducido al papel de un mero elemento reactivo, descubridor de la impotencia de la razón humana para llegar hasta la verdad suprasensible.

Si oyera yo cosa tal, contestaría que de conceder la razón á estos desfallecimientos del espíritu, quedaría *ipso facto* concedido el poder mismo que, por efecto de ellos, se negaba; pues suprasensible habría de ser también la supuesta verdad desautorizadora de la propia razón que la dió vida, ya que no es tampoco de percibir con los sentidos.

Tamaño ejemplo prueba, por sí solo, que la inteligencia del hombre tiene sus fueros naturales; los cuales aparecen reconocidos—en el solo hecho de ser ejercitados—por aquellos mismos pensadores que se revuelven contra la pasmosa virtud del pensamiento.

Por lo demás, es cosa bien sabida que las definiciones—sean ó no de la Filosofía—son todo un imposible, si han de representar la *pura esencia* de lo definido, su última *razón de ser*, su *clave;* no diferenciándose en esto la definición de aquello más tangible, como el *hierro*, de lo que es más abstracto, como el *tiempo*, y no siendo ninguna de ellas otra cosa que una descripción abreviada del objeto, como cuando se dice que el agua es *protóxido-hídrico;* con lo cual no se ha dicho *nada* para quien lo quiere saber *todo;* pues el curioso preguntará á renglón seguido, qué cosa son ese *oxígeno* y ese *hidrógeno*, combinados para formar el agua; y se le habrá de responder que son dos *cuerpos simples;* y él tornará á preguntar lo que son estos cuerpos, y el porqué de sus *diferencias*, y el cómo de sus *combinaciones*, y forzosamente se llegará al extremo de tenerle que contestar que *no se sabe*. Ahora bien: si porque la ley de la Naturaleza se opone á nuestra entrada en el templo de la *Unidad Absoluta* (que es el de la Absoluta Verdad que envuelve y penetra todo lo existente, con inclusión de nuestro propio entendi-

miento, pues que sentimos su celeste vibración infinita dentro y fuera de nosotros mismos, y la ansiamos conocer para hacerla nuestra, como cualquiera otra de las verdades secundarias; tomando entonces posesión de la total sabiduría vislumbrada, de la perfección intachable, del insuperable poder, de lo Infinito, de la Inmortalidad, del Cielo.....); si porque esta inefable posesión nos sea negada *todavía*, habíamos de negar aquélla que de las verdades secundarias ó *relativas* nos es lícita y disfrutamos en las ciencias todas, inclusa su altísima representación Filosofía, negaríamos la evidencia y trocaríamos en desvariante manicomio el Paraninfo donde halla su consagración la grandeza de la razón humana y se conserva con respetuoso y digno esmero, como la más sana deducción suya, la esperanza en un *divino más allá;* que por ley natural aparece otorgado, mejor que prometido, al hombre de todos los tiempos y regiones, en el hecho de que, con la constancia y la universalidad de tales leyes—jamás burladoras ni burladas,—llegue siempre á él la celeste visión de lo Absoluto, á través de los sentimientos de causalidad y maravillosidad, encendedores respectivamente en nuestras almas de la antorcha de la Ciencia y la lámpara de la Religión.

Pero si bien se mira, uno y otro de estos dos sentimientos son aspectos no más de uno tan sólo; porque la maravillosidad habla de *causa*, y la causalidad entraña la *maravilla* de lo que vive más allá de los sentidos.

Une, por tanto, á religiosos y filósofos un mismo *sentimiento*, y les separa la diversa manera de *entenderle;* porque la *unidad* y la *variedad* del *Uni-verso*, de que los hombres somos abreviatura, las llevamos también impuestas en el sentir y en el pensar; tan inmutable el primero, como la *unidad* esencial que representa, y tan movedizo y ágil el segundo, como la *vida* que ha de conocer y retratar. Por esto es por lo que el sentimiento aparece inalterable á través de los tiempos, como lo hacen los instintos, pese al oleaje de las ideas; incapaces de influirle sino en los superficiales puntos de contacto, que han de adaptarse pasajeramente á su influencia. Esta fijeza característica de los sentimientos de causalidad y maravillosidad, lo es

igualmente de los menos cardinales: jurídico, estético y patriótico, por ejemplo; pues la Causa Suprema y la Inmortalidad del alma palpitan bajo todos los velos sagrados de los Dogmas; el respeto á nuestros semejantes es el estrado de todos los Tribunales; los Museos de Bellas Artes tienen por entrañas las obras maestras de todas las épocas, y estarán perpetuamente santificados para cada hombre los lugares en que dirigió á sus padres las primeras risas y los primeros llantos de su vida.

Por somera que sea la influencia de las ideas sobre los sentimientos y de éstos sobre aquéllas, es la bastante, sin embargo, para la concordia de ambas potestades en todos los momentos de la historia individual ó colectiva; pues si la idea es el piloto de la nave de la vida del hombre, el sentimiento es la brújula, y si este último es el polo positivo de la pila del alma racional, la primera es el polo negativo de la misma; por manera que, al ponerse en relación uno con otro de ambos, cerrándose el supremo circuito, surgirá la luz anímica que ha de servirnos para obtener la fotografía de la Verdad sobre la consciente placa del juicio. ¡Ay de la imagen, si las corrientes positiva y negativa de la espiritual luz de que depende, van desequilibradas! Acontecerá entonces lo que en aquella flor bisexual que se malogra por causa de la usurpación que su pistilo realiza contra los fueros de los estambres, llamando á sí descomedida parte de la corriente vital propiedad de éstos, ó que se vuelve *doble* é infecunda, por ser ellos los que roban al pistilo el orgasmo de la existencia y se desorganizan, por el exceso de ella sobre sí. Peligro es éste que amenaza á la obra del filósofo mucho más que á la del cultivador de las ciencias de observación; por lo mismo que aquel ha de llevar á cabo la tarea de su inteligencia á distancia semi-infinita de los hechos, en vez de hacerlo en consulta incesante con estos orígenes y naturales comprobantes de las ideas científicas. Se da, de esta manera, gran motivo para que los *estambres* del raciocinio pierdan de vida la que pueda ganar viciosamente el *pistilo* de la fantasía; conocida también bajo los nombres de intuición, imaginación, idealidad, sentimiento ó instinto intelectual.

Así se explica que las doctrinas filosóficas tengan tanto de

incomunicables cuanto tienen de intuitivas, y no se puedan transmitir jamás con la fijeza y la facilidad con que lo hacen las nociones referentes á la gravitación universal, á los movimientos de los astros, las fuerzas mecánicas, las propiedades de la luz y la electricidad, las reacciones químicas ó las funciones de la médula espinal ó el corazón, en su calidad de nociones demostrables. Y también se comprende, de este modo, que la muerte de Newton ó de Volta no sea tan peligrosa para sus conquistas como para los sistemas filosóficos suele serlo la de sus progenitores, siquiera lleven éstos los gloriosos nombres de Aristóteles, Kant ó Guadalerzas; que se hubieron de entender con lo infinito, en lugar de lo limitado; con lo sentido, en lugar de lo razonado; con la ley de las leyes, en vez de una cualquiera de éstas, comprobable inmediatamente por los hechos.

¿Pero querrá esto decir que la Filosofía sea no más que una forma poética de la incapacidad del entendimiento humano para entender en lo que es suprasensible? Volvemos, con esto, á la cuestión eterna, ya tocada y resuelta anteriormente. Diré, no obstante, que la dificultad con que tropieza la Filosofía, por el lado de la intervención del sentimiento en sus acciones, estriba en lo personal de la intuición y en las consecuencias de su influjo sobre los conceptos filosóficos más transcendentales; que piden, por lo mismo, ser igualmente sentidos que pensados, si han de resultar entendidos. Esta indeclinable falta de formulación terminante, razonada, rigurosamente científica, es la que arguye la esterilidad de la Metafísica, según el parecer de cuantos, al darle tal, resultan mucho más esclavos del sentir y privados del razonar que los metafísicos á quienes desautorizan; como si el extravío por exageración intuitiva fuese la normalidad de todo estudio filosófico, en vez de ser uno de los muchos peligros que ha de afrontar todo investigador de la verdad; siquiera, y por las razones apuntadas, sea mayor el riesgo en lo que á estudios filosóficos respecta.

Todo el mundo sabe, á este propósito, que por largo tiempo se admitió la existencia de una especial divinidad, Eolo, que disponía de los vientos y los desataba á su talante; siendo divinidades más secundarias estos mismos. Tamaños rasgos de

Metafísica correspondían exactamente, como no podía menos, al estado de la Física contemporánea. ¿Habrá hoy quien crea en Eolo? Quizá sea posible tal creencia en el Afghanistan ó la Cafrería, pero no entre los hombres que conocen la existencia, composición y altura de la atmósfera; la elasticidad y consiguiente movilidad del aire que la constituye; la electricidad que circula por éste y los desequilibrios de la misma por efecto de la variable carga de vapor de agua que las incesantes alternativas de la volatilización general imponen á las diversas regiones atmosféricas, donde la desproporción entre la conductibilidad eléctrica de ese vapor y del aire en que flota, origina corrientes imponderables, solicitadas por la tendencia de la electricidad al equilibrio, y solicitadoras—por su energía motriz—de la consiguiente perturbación del atmosférico. Todo esto sin contar con el directo influjo que sobre la tensión eléctrica del aire ejercen la luz solar y su derivado el calor, diversificados por las estaciones y las horas; además del influjo propio de las alteraciones del magnetismo terrestre y el fuego central de la Tierra, y la variable atracción de la Luna sobre las moléculas del aire y de la mar, conforme pasa este astro por delante de las diferentes zonas de nuestro Globo. Tan diversas influencias reaccionan mecánica ó eléctricamente sobre la elasticidad del fluido aéreo; al que ponen, por virtud de ella, en movimiento, con violencia proporcionada al grado de su intensidad de acción y de la extensión de su coincidencia en el actuar.

Ante estas verdades, el ente de razón que pudo surgir de las tinieblas que ellas no iluminaban, desaparece como los duendes de todas las ignorancias, y la quimérica ontología queda bien deslindada de la Metafísica; la cual nos enseña claramente, de este modo, que no es Eolo quien da su poder al huracán.

Por muy hermosas, en el fondo y en la forma, he de copiar aquí algunas de las frases que nuestro Presidente y maestro dedica al sentido de la palabra Filosofía, y por consiguiente de la Metafísica, en el tercer tomo de su *Filosofía y Fisiología.* Dice así (pág. 220): «Dada ya por concluída la ciencia positiva, no por eso queda satisfecho el espíritu. Quiere una ciencia de *todo:* de lo Absoluto, de lo Necesario, de los Principios y de las

Causas.—Se necesita una ciencia de la ciencia, una crítica del espíritu y de sus leyes. He aquí otra puerta que se abre delante de la Metafísica.—No puede la Filosofía desaparecer, porque renacerá incesantemente de la reflexión sobre el papel del sujeto en el conocimiento.»

Guadalerzas tiene razón, como acostumbra. La Filosofía es la ciencia de la Ciencia y, por lo mismo, ha de fundarse en ésta, cual ésta lo hace en los hechos; porque es en ella donde encuentra el impulsor de aquellas inducciones intuitivas, desde las que la Lógica, con sus finales deducciones, continúa y aspira á terminar la obra de la Filosofía; no sin ayuda también del Sentimiento.

De aquí resulta la posibilidad de otra idea metafórica de la Filosofía, diciendo que es la cúpula del templo, jamás concluído, de la Sabiduría Humana; templo que cada nuevo *arquitecto* que interviene en su construcción da por definitivamente *acabable* á favor de su sistema respectivo, que es como si dijéramos su *plano*. Y tan poderosa resulta la necesidad que el alma humana experimenta de dar culto á la Verdad Absoluta, que á despecho del perpetuo desengaño de la Historia y de las gritadísimas advertencias de los más respetables pensadores, para que se huya de la engañosa ilusión de lo Absoluto, estos mismos le sienten y, sin poderlo remediar, le asientan en el fondo de sus afirmaciones doctrinales, esmaltadas de avisos contra él. ¿Qué quiere decir esto, si no es que nuestra aspiración á lo Absoluto es una *ley de la Naturaleza*, y, como tal, una obligación y una esperanza legítimas? La función del error que acompaña inseparablemente al cumplimiento humano de esta ley, es igualmente legal y debe ser interpretada como necesaria á los fines altísimos de aquélla, mediante los temores y abominaciones que lo erróneo atrae sobre sí, y los encantos inefables con que, á su obscuro lado, se presenta ante nuestra alma la Verdad resplandeciente. ¿Sabríamos que alumbraba el sol, si la noche no viniese á enseñárnoslo?

La etérea y luminosa gasa de lo intuitivo, que la Ciencia y la Filosofía tienden ante la mente de sus hijos, como guía conductora desde los hechos más elementales hasta la Absoluta

Clave de que *todo* viene á ser signo elocuente, puede compararse á las nebulosas del cielo sideral, hasta en la circunstancia de que se perciba con tanta mayor claridad, cuanto más cierra la noche de la Razón y es mayor la obscuridad en que yacemos. Es entonces cuando de más nos sirve el fulgor de esa que llamaré *materia cósmica* de la Filosofía; que no tan sólo guía nuestros ojos, —á la manera de la estrella bíblica,—hacia el lugar eterno de la Natividad Filosófica, sino que nos comunica con él *tangiblemente* y desde luego, una vez que nos hace *sentir* en lo íntimo de nuestro espíritu la corriente vital de ese Absoluto que no alcanzamos con la vista, pero que palpita en todas cuantas ideas innumerables le dedicamos sin cesar. ¿No es él también el que me dicta estas palabras?

«¿Mas no podría ser todo ello una ilusión?», habrá, quizá, quien diga. ¡Cómo! ¡Una ilusión la Vida, la Razón, la Lógica! ¿Todo locura? Lo único capaz de parecerlo sería esa sospecha, y, con ella, una pregunta tan descreída y tan desorientada.

También es cierto que la Filosofía y el Arte se confundirían en sus más altas cimas, si la primera no pusiese allí mismo al servicio de la intuición conocimientos razonados, científicos, en vez de ecos del empirismo. Mas que se guarde la Filosofía de extremar la intervención del raciocinio en sus acciones y querer definir el Absoluto, porque no lograría sino anublar la claridad del concepto axiomático, que es el alma de toda generalidad. Ocurriría lo propio que si la intuición aspirase á demostrar teoremas de Matemáticas ó á teorizar la circulación de la sangre. Ni la extraviada intuición entendería, ni haría entender, la menor cosa de asuntos tan fuera de su alcance, ni el exaltado raciocinio los sentiría, ni haría sentir tampoco. Con esto dejarían, uno y otro, de ser maestros de todo aquello que, para resultar enseñado y aprendido, necesita el concurso de los dos. Desaparecerían tras ellos sus discípulos, y la ignorancia de los primeros hombres volvería á enseñorearse de la Tierra. ¡Prevengámonos, pues, contra los peligros de una Filosofía desequilibrada por cavilosa ó por poética, después de habernos librado del peligro fundamental de no tenerla!

Y aquí aparece una nueva dificultad, ante quien se propone

recorrer en son de estudio el campo de la Filosofía, y por consiguiente el de los sistemas ó doctrinas que se disputan en él la hegemonía. Cada uno de ellos resulta formulado como lo entienden sus sostenedores, y señaladamente el fundador; pero como se trata de conceptos en que el informulable sentimiento entra por tanto, se está siempre en el caso á que Servant-Beauvais se refería al decir, en su *Tratado de Filosofía*, que «las palabras usadas en diferentes sentidos, producen errores, disputas y confusión;» por cuanto existe imposibilidad verdadera de sentir al unísono con cada uno de los autores y expositores de sistemas filosóficos, é interpretar con entera fidelidad sus palabras sacramentales; evitando los males expresados por el filósofo francés. ¿Tendré yo la fortuna de acercarme á ser exacto y diáfano enunciador de las grandezas doctrinales de mi maestro, y evitar que se me pida alguna vez que explique mi atrevida explicación? En realidad, la obra intuitiva propia no será jamás, con relación á las ajenas, sino un trabajo de aproximación inacabable, que se debe comparar á la que las fracciones decimales son capaces de experimentar con relación á la unidad. Gran peso se me quitaría á mí de encima, si pudiera estar seguro de que mis respetables oyentes contaban con esto, en todos los momentos en que yo lo he de necesitar.

El primer escrito de D. Matías Nieto y Serrano que, por orden cronológico y de importancia doctrinal, se me presenta al ánimo, es el *Ensayo de Medicina general, ó sea de Filosofía Médica*, impreso en Madrid en 1860, y que forma un tomo en 4.°, de 554 páginas. Empieza por una *Advertencia al lector* que ofrece dos cualidades, muy raras cuando separadas y mucho más si reunidas; pues anuncian y garantizan la modestia y la firmeza, aliadas; que es como decir *el juicio hecho cargo de lo grandioso de la empresa*. El Dr. Nieto se considera «con algún derecho» á que su obra sea tomada «como base de discusión» en el movimiento filosófico entonces iniciado en España; pues cree «decir algo nuevo, realizar cierto progreso.» Y añade luego: «Yo no desafío, porque conozco de antemano que puedo equivocarme; pero prometo contestar á las objeciones que se me hagan, admitiendo cuantas rectificaciones y modificaciones se

me demuestre deben hacerse en las doctrinas filosóficas, ya para completarlas en algún sentido, ya para presentarlas bajo una síntesis más comprensiva, que es mi sola y constante aspiración.»

La *Introducción* de la obra va dedicada á la *posibilidad y utilidad de la Filosofía Médica;* cuyo interesantísimo problema resuelve el autor en el sentido de que «la Filosofía Médica no es una ciencia especial, por más que sea un modo especial de considerar la Ciencia.» Este modo á que alude el autor es el de enlazar los estudios particulares por sus naturales conexiones, llegando así á las nociones generales consiguientes; como se habría de hacer con los fragmentos de una estatua que se quisiera restaurar. Esto es lo que debe entenderse por Medicina General, cuya verdadera utilidad está en librar á nuestra ciencia del aturdidor torbellino de los sistemas filosóficos; las desacordes soluciones de los cuales llevarían la anarquía al campo médico, de no tomar la precaución de oponerla el conocimiento de las leyes directoras de los fenómenos objeto de nuestro especial estudio, y constituir así una Ciencia capaz de servir de guía en todos los casos particulares. Y el Dr. Nieto completa el pensamiento con estos magníficos períodos: «No se diga, pues, que son inútiles los libros que tratan de la Filosofía Médica. La perplejidad de los sistemas filosóficos encontrados no debe detenernos, pues el mal se agrandaría con nuestra inacción. Ni nos lisonjee la idea de encerrar la Ciencia dentro de un límite determinado, pues siempre habrá de quedar tarea para cuantos hombres aspiren á tomar parte en el levantamiento del edificio científico.»

Por este sesudo camino penetra y avanza el singular pensador en el imperio de la Medicina General, y dictamina sobre todas sus grandes cuestiones de *límites y división como ciencia experimental; leyes experimentales; experiencia é inducción médicas; método y certeza en Medicina; examen de las categorías filosóficas con relación á la Medicina; el hombre en general; las leyes anatómicas y fisiológicas; la vida en general y sus representaciones orgánica, sensitiva é intelectual; las leyes de la generación y las patológicas; las enfermedades en general; la anatomía patoló-*

gica, el diagnóstico y el pronóstico; el arte médico, y el examen de los sistemas. Que, á la verdad, es tarea soberana, ya de suyo, pero señaladamente si es que logra el alto desempeño alcanzado en ese hermoso libro, precursor de tantos otros destellos de la genial inteligencia del autor, cada día más iluminadora; á tal extremo, que al verla apagarse para siempre, siquiera haya sido á los ochenta y nueve años de edad, bien cumplidos, no es posible dejar de considerarla malograda; cual si la muerte hubiese recaído en sobresaliente joven, arrebatado á la vida cuando mayores esperanzas inspiraba. Que por las siguientes palabras del Dr. Nieto juzguen de las mías quienes no conocieren ese libro, en que el autor las dedicó ¡cuarenta y dos años hace! á las *causas de las enfermedades*. Y sin embargo, ¡cuánto es lo que su espíritu consiguió ascender todavía hasta el día de la muerte! ¡Júzguese, por sólo esto, de cuál será el valor de lo ascendido! «La mayoría de las causas patológicas—decía ya Nieto en el año 1860,—no pasa de ser una *enumeración estéril* de agentes exteriores, que *suele ser análoga en los diferentes casos*.—Nada es más incierto y sujeto á dudas que las relaciones de causalidad establecidas entre el mundo exterior y la mayoría de los estados morbosos. ¿De qué depende esto, tratándose de verdaderas *causas*, esto es, de lo más importante que puede haber en un estado patológico que se trata de corregir? *De que la causa principal, la que se sobrepone á todas, la que obscurece principalmente á los modificadores comunes, es* EL ORGANISMO, *que, en virtud de su ley propia, concibe y engendra sus padecimientos, como sus funciones fisiológicas.*»

Treinta años después, y á propósito de la originalísima y muy valiosa *Patología General* acabada de publicar por Letamendi, dió D. Matías Nieto á la estampa un librito de cerca de 200 páginas, en 8.º mayor, bajo el título de *Cartas al Dr. Letamendi*, en el que lució una vez más la pujanza de sus ejercitadísimas facultades reflexivas y las galas de su fino y cultivado ingenio; tal como puede verse en los siguientes párrafos: «La Filosofía *inicial* (pág. 34) tiene, por mucho que se haga, más de Sentimiento que de Ciencia; sobre todo en relación con la Filosofía *final*, que tiene, respecto de ella, más de Ciencia que

de Sentimiento. Limitaríame yo á armar á mis oyentes con un arsenal de ciencia, sumariamente bosquejada, y con una coraza de duda, respecto á las pretensiones de un saber completo y absoluto.» Y como Letamendi, reflexionando en un momento dado de su obra, diga: «que la idea de una Medicina-Ciencia, de la cual se deduzcan reglas para una Medicina-Arte, constituye un concepto pobre, falso, *muerto,*» exclama Nieto: «Después de estas palabras, tan unísonas con mi pensar, no coincidimos completamente, por no generalizar bastante (Letamendi) lo expresado con motivo de un caso particular; el cual aparece así desprovisto de antecedentes lógicos y como huérfano y expósito en el campo de la Filosofía de Letamendi; y no adquiriendo la virtud y comprensión de una generalidad suprema, se eximen de su intervención en el resto de la obra otros muchos conceptos que la debieran estar subordinados.»

Hay que tener aquí presente, que al fundado derecho con que ya contaba á la sazón el Dr. Nieto para opinar en materia de generalidades, se unía esta vez la razón especialísima de haber escrito y publicado en el año 1869 unos *Elementos de Patología General,* formando un tomo en 4.º, de 406 páginas; en cuyo libro se veía crecer por momentos, y llegar á su adolescencia, el sistema filosófico cuyo engendrador ha tenido la dicha de gozar de la madurez del hijo de su espíritu, y verle llegar más adelante que ningún otro de sus predecesores. Explica el Dr. Nieto, en ese libro, su manera de considerar la vida, y lo hace de este modo: «Hoy—dice—es la Filosofía lo bastante grande y comprensiva para sobreponerse á estas rivalidades (alude á las de los sistemas) y dar una patria común, una sola bandera, á esos contrapuestos y desacordes principios.» Y más adelante: «Tomemos de él (del positivismo) con exactitud todo cuanto afirma, y hasta lo que niega, en el sentido de que fuera de sus alcances sólo queda, y sólo puede quedar, lo negativo. Pero lo negativo, tal y como lo establece el positivismo, y sin darle ningún otro valor, es á lo menos un polo opuesto á todo lo positivo: es un polo del Universo. Lo que hay que estudiar, además y en medio de lo positivo, es la función que se realiza entre ambos polos. ¡He aquí la vida! En nombre del

progreso, invitamos á la juventud médica á estudiar la Patología con *espíritu de vida*, á animar con este espíritu todo el inmenso *cuerpo* que le suministran la Historia Natural, la Física, la Química, la Anatomía, la Histogenia, la Fisiología Experimental y la Clínica.» Ahora bien: ¿no es verdad que preferís estas palabras, á cuantas pudiere yo emplear para suplirlas?

Y oid ahora el sucinto Catálogo de los asuntos que en ese importantísimo libro examina el Dr. Nieto; pues por la sola luz que ya los títulos esparcen y la tan conocida del entendimiento que ha de brillar desde ellos, puede formarse idea del poder iluminante de esa constelación de estrellas del firmamento médico; los nombres de las cuales son al tenor siguiente: «Caracteres generales del orden morboso. Número de las enfermedades. Elementos morbosos. Espacio de aquéllas. Su calidad. Tiempo. Sucesión. Principio. Curso. Terminación. Causalidad. Finalidad. *Estudio general de las enfermedades*. Síntomas. Causas. Condiciones del organismo. Consideraciones patogenésicas. Proceso morboso. Muerte. Anatomía Patológica. Histología patológica. Química patológica. Clasificación de las enfermedades. *Del Arte*. Diagnóstico. Pronóstico. Terapéutica.»

El desarrollo de la doctrina filosófica del Marqués de Guadalerzas, á que me he referido poco más arriba, es reconocido é historiado cumplidamente en el último libro del mismo (*Vejeces:* Madrid, 1902; un tomo en 8.° mayor, de 248 páginas). Y á fe que si el autor de la *Generación de los conocimientos humanos*, el ilustre pensador belga Tiberghien, pudiera examinar ese texto de nuestro sabio compatriota, vería en él una reproducción del asunto mismo de su obra; pues realmente no se trata sino de un caso particular de la ilación que el progreso de la Humanidad lleva consigo, y una prueba de la lógica participación con que los individuos concurren en todos sentidos al desenvolvimiento de su especie; de la época del cual, como de la del correspondiente al reino natural á que pertenecen, al astro en que viven y al Universo de que forman parte, son á su vez retratos.

No debo privaros de la satisfacción de recordar aquí la candorosa ingenuidad, propia del sabio, con que nuestro Presiden-

te expresa, en la Introducción á su *Biología del Pensamiento* (Madrid, 1891; un tomo de 426 páginas, en 4.°), sus observaciones sobre el progreso de sus propios conocimientos; pues al encanto de la virtud, va unido como siempre, en sus elevados términos, el poder majestuoso del talento. Dice así: «Largos años he dedicado á la elaboración de un pensamiento, concebido como por instinto desde mis primeros ensayos filosóficos, y que muy lentamente se ha ido esclareciendo, á medida que algunas lecturas, más meditadas que numerosas, me inspiraban nuevas ideas y, sobre todo, que mis perennes cavilaciones iban construyendo en mi mente un edificio, que me ha costado gran trabajo elevar á la altura á que hoy le contemplo, en razón quizás de mi escasa aptitud filosófica, que habrá necesitado el concurso de esfuerzos gigantescos, para obtener resultados que otro hubiera conseguido fácilmente.»

Vosotros juzgaréis de si es ó no frecuente este lenguaje, y de si, aun negándole la sinceridad, podría representar otra cosa que lo expresado en la sentencia de un amigo mío: «El talento es necesario para todo, hasta para fingirlo;» pues no habría de ser pequeño el capaz de acallar en este caso las instintivas protestas del amor propio, temeroso de que se tomaran al pie de la letra declaraciones tan humildes, precisamente dedicadas á exaltarle. O esto, el fingimiento, ó la más sabia sinceridad ó la bobería. ¿Es posible vacilar en la elección, al traducir el sentido de las anteriores palabras del maestro?

Ya mucho antes de 1891 escribía D. Matías Nieto las siguientes líneas en el Prólogo de su opúsculo *La Naturaleza, el Espíritu y el Hombre* (Madrid, 1877; 140 páginas en 8.° mayor): «Han pasado ya algunos años desde que se comenzara la impresión del *Bosquejo de la Ciencia viviente*, sin que á la primera parte de esta obra hayan seguido las demás que se prometieron. Tanta dilación ha dependido principalmente de la desconfianza con que mirábamos nuestro trabajo, y que nos impedía publicarle sin someterle primero á revisiones, que se han sucedido unas á otras indefinidamente, y nunca nos han dejado satisfechos; renaciendo en nuestro ánimo, á cada nueva lectura, la necesidad apremiante de más detenido estudio del asunto.»

Copio todo esto, y lo que sigue, por cuanto en la ocasión presente, más que de exponer y justipreciar doctrinas, se trata de cualidades y merecimientos generales de su autor; pues que se trata de su biografía, reclamada por la admiración y el cariño, deseosos de conocer con la mayor exactitud posible las prendas todas de quien los inspiró.

En la *Advertencia preliminar* de la *Filosofía de la Naturaleza* (Madrid, 1884; un tomo en 4.º, de 344 páginas) escribió el Doctor Nieto las siguientes palabras, que bien podrían llamarse memorables: «La claridad, sobre todo, es la que echan de menos algunos de los que me hacen la honra de leer mis producciones; y á este propósito, debo advertir que mi sistema no puede ser jamás *absolutamente diáfano*, porque entonces sería falso, según mi sistema mismo (alude al nebuloso *indefinido* del *coeficiente* de este nombre, que acompaña á todo lo *definido* y constituye el *eterno definible*). Sin embargo, es susceptible de una diafanidad indefinidamente creciente, y me he esforzado por darle toda la que me ha sido posible; esperando que algún día no falte quien la aumente, acercándola al ideal apetecido, sin confundirla nunca con él.»

Juzgo imposible expresarse de modo más claro, para dar idea de la situación del espíritu ante la turbidez de lo que, por puramente intuitivo, es informulable; ni ser tampoco más sencillo y puro en la intención; con lo cual se reúnen y elevan en este caso á la mayor altura todas las potencias del alma racional. ¡Enseñanza pasmosa!

La modestia y la clarividencia del insigne maestro hablan también elocuentemente en el Prefacio de su *Bosquejo de la Ciencia viviente* (Madrid, 1867; un tomo de 600 páginas en 8.º mayor); por más que no las acompañe ninguna de las acostumbradas apreciaciones sobre la evolución de sus ideas; quizás por lo mismo de estar gozando ya de la plena satisfacción de padre de la doctrina que acababa de nacer en su mente; la naturaleza de la cual doctrina y las esperanzas que le infundía, expresa del modo subyugador que sigue: «¡Humanidad! ¡Proteo gigantesco que cruzas y llenas la serie de los tiempos! Permíteme contemplarte por un instante con la tranquilidad del

filósofo, con el amor del hijo. ¿Qué torbellino te arrastra á través de las edades?—En medio de este torbellino apenas puede levantarse la inteligencia, como un gigante, á abarcarlo todo de una ojeada, Ciencia y Fe, todo en parte, parte de todo; para descender abrumada por este esfuerzo sublime á la esfera de la Humanidad: saber y creer, en el espacio y en el tiempo, sin que el Todo se realice sino para reconocerse como Parte; sin que la Parte se realice sino envuelta por el Todo.—¡Vida á la Ciencia! ¡Paz viviente al Universo! Tal es mi programa, y en él lo encierro todo. Porque la Ciencia no vive sin la Fe, ni la Libertad sin la Autoridad, ni el Bien sin el Mal; porque vivir es ser imperfecto y *aspirar* á la perfección. Ahí tenéis la clave del enigma.—La ciencia viva es el *hacerse* y *deshacerse* el conocimiento de las cosas; es el nacer, conservarse y morir de la Ciencia. Este hecho, este objeto, impuesto á la reflexión, es susceptible de ser representado en un conocimiento, que es el *bosquejo de la Ciencia Viviente.*—Sea cualquiera el fruto de mi trabajo, le entrego á la meditación de los hombres reflexivos. Cumplida mi tarea, descanso satisfecho y *me refundo á sabiendas en el* SISTEMA UNIVERSAL, en el que tantos otros *se han refundido* y *refundirán sin pleno reconocimiento.*»

No ha llegado hasta mí ningún ejemplo de mayor posesión de la Verdad sistematizada, ni de mayor conciencia del valer de sí mismo; términos necesarios de la ecuación de la sabiduría. Creo que pensaréis en esto como yo, y que no necesito esforzarme para que nos hallemos todos conformes en que la vida es movimiento; pero no un movimiento siempre igual, insulso, que *no vaya* á *ninguna parte,* que esté limitado á representar un monótono é infinito *statuo quo*, henchido de defectos, á cuyo frente se halle la esterilidad de las esperanzas de nuestra alma y la eterna desigualdad de jerarquías entre *hijos de un mismo Padre*, partes de una misma *Unidad*, que no podría serlo si admitiera *distinciones esenciales* dentro de sí; como lo serían las actuales diferencias secundarias y transitorias que concurren á la función evolutiva universal, si se inmovilizaran y enclavasen por toda la eternidad. No: el movimiento de la vida es más fecundo. La doctrina de nuestro maestro—como

las de todos sus predecesores, y seguramente que las de sus sucesores—no ha progresado para quedar petrificada allí donde alcanzó la muerte á su autor; y bien lo proclama el Dr. Nieto en todos los tonos y á cada instante; empleando, al efecto, frases tan elocuentes como aquella del *porvenir que aguarda al porvenir*. ¿Quién puede dudarlo? El movimiento de la Naturaleza es progresivo, es trauscendental; no estadizo é inútil. El satisfará con seguridad las ansias del alma racional y alzará hasta ella cuanto hoy está debajo. Suena ya á nuestros oídos, en la remota lejanía de los tiempos, un himno de perfección y de hermandad, coreado por un Universo de bienaventurados, que tendrán la dicha de conocerse y amarse de manera correspondiente á la sublimación de su existir; á cuyo lado, todo cuanto hoy sentimos y sabemos podría ser comparable al tibio albor de los primeros asomos de la aurora, anunciadores del venidero sol de un nuevo día. Esta futura vida del espíritu es el Cielo, el Paraíso, la Nirvana; es la Vida Eterna de todas las Religiones y de todas las Filosofías; las cuales, al encontrarse allí, se abrazarán y confundirán efusivamente, diciéndose unas á otras: «Tenías razón: había más allá de la vida del hombre. Yo tampoco me equivocaba.» ¿Pero será definitivo este entrañable abrazo? ¿Le llegará á la Filosofía la hora del descanso? ¿Podrá algún día no necesitar ya contestación á su *Porqué Absoluto*?

Bien se hacía cargo de tan indefinida tarea nuestro maestro, al encontrar siempre la suya necesitada de enmiendas y rectificaciones. ¡De cuán distinto modo se conducen los autores de ideas superficiales, y señaladamente aquellos que, por dejarse llevar de la imaginación, son más capaces de cultivar la oratoria que el libro, más capaces de seguir á Demóstenes—aun á riesgo de no legar á la posteridad sino un vano nombre—que de imitar la conducta del autor de los *Diálogos*, menos ruidosa en *el tiempo*, pero de inacabable sonoridad en *los tiempos;* que es lo importante para quien tenga en más las generaciones futuras reunidas que la sola suya, y estime la satisfacción de su conciencia por encima de la de su vanidad ó su provecho. El célebre naturalista Buffon conocía á los hombres, y se hacía

cargo de todo esto, cuando decía: «Me aseguráis que Fulano tiene talento: presentadme sus escritos.» Tenía razón. ¿Cómo ha de ser posible que lo consignado por nuestro filósofo Nieto en sus libros imperecederos, fuese de la competencia de los grandes verbos de la intuición, de la memoria y las pasiones? Y aun supuesto el caso de serlo, ¿cómo había de aprovechar lo mismo á los oyentes que al lector; privados los primeros del reposo con que el segundo puede intentar y conseguir el aprendizaje y asimilación plena de la obra del raciocinio y del juicio, siempre tardos en maestros y discípulos? Porque el juicio—llamado también *razón, conciencia, personalidad, yo*—es el anciano del hogar de la inteligencia, y el raciocinio es su hijo adulto, casado con la imaginación, constituyendo la pareja intuitiva y teniendo por descendencia el entusiasmo y la memoria, muchachos de la racional familia que, bajo el inmediato cuidado de su madre, se adelantan cantando: corren, triscan, buscan y recogen flores, insectos, piedras, todo, y se lo llevan, en son de consulta primeramente á ella, y después al padre y al abuelo, á quienes acosan á preguntas: desde la del por qué un perro no es gato, hasta la de cuántas son las estrellas, quién las enciende y si están á más de una legua de nosotros. Se adivina la diferencia que ha de haber entre aquellos trabajos en que hayan de sobresalir las frescas voces de los encantadores nietos, y aun la de la mamá penetrantísima, sobre la grave y severa del padre y señaladamente del anciano; como se comprende asimismo el gran papel que en la familia intelectual corresponde á cada uno de sus individuos; recíprocos animadores é instrumentos de las correlativas facultades. Así es que el poder de éstas se mide necesariamente por la armonía conseguida en su ejercicio; sabiendo todo el mundo lo que se entiende por persona *desequilibrada*. Y está, en verdad, muy bien expresado este concepto; pues de desequilibrado pecará seguramente aquel trabajo del espíritu en el que no hayan tomado parte proporcional todas esas elevadas facultades. ¿Será posible desconocer su armónico concurso en las obras de Guadalerzas, que así parecen ser las de un poeta, como las de un científico ó un filósofo, según que lo reclama la ocasión? Sólo esta circunstancia

bastaría para predisponer en favor de ellas, y hacer esperar que la opinión general las dedicara el fallo glorificador que ha empezado á ser transmitido ya á la Fama. ¿Se deberá extrañar, después de esto, que la oratoria del Marqués de Guadalerzas no fuese tribunicia? ¿Podía ni debía serlo?

La noción de la vida—toda ella movimiento,—es en la doctrina de nuestro maestro, con respecto á las más avanzadas de sus predecesores, lo que el cinematógrafo á la fotografía precursora; pues en vez de ceñirse á dar por retratada la vida con la mera afirmación *estática* del movimiento vital y relación *inmóvil* de las partes con el todo y entre sí, el Dr. Nieto presenta una relación *dinámica,* ó sea *relación-función,* entre los polos respectivamente positivo y negativo: *ser* y *no ser, todo* y *nada, objeto* y *sujeto, práctica* y *teoría, tesis* y *antítesis, síntesis* y *análisis;* calificando de *ciencia viviente* á esta plena representación de la *existencia,* y fijándose en el hecho de que, por más definida que esta última aparezca, se halla envuelta siempre en algo indefinible, que se siente como aspirando á definirse, y que es lo que antes he llamado *materia cósmica* de la Filosofía; aquello mismo que el Dr. Nieto califica expresivamente de *coeficiente indefinido.* Cualquiera palabra del *Diccionario crítico-biológico* de nuestro maestro puede darnos ejemplo del modo de realizarse el concepto teórico-práctico del *ser,* conforme á las lógicas exigencias del criterio de la *Ciencia Viviente.* Elegiré, al efecto, las voces *Inducción* y *Deducción.* Dice así el autor: «La deducción pura no es inducción lógica, y lo prueba el hecho de explicarse físicamente una función física, suponiendo una inducción físicamente determinada. La inducción lógica demanda la deducción simultánea, y recíprocamente.» Hasta aquí la parte que podremos llamar *teórica* de la definición. Ahora viene la *práctica:* «Inducción y deducción son dos modos de usar una escalera; ya subiendo, ya bajando. Mas para la práctica de subir y bajar, ó sea de inducir y deducir, es indispensable la coexistencia de la escalera teórica. En la escalera del pensamiento se hace un círculo cerrado, y por lo tanto vicioso, limitándose á subir y bajar; pero el círculo se rompe prácticamente: por abajo, para dar *piso* al suelo de lo real, y por arriba para

dar *paso* al cielo de lo ideal.» Se comprende, por la muestra, el inmenso mérito de novedad y ejecución de este singularísimo Diccionario, del que tendré que volver á hablar más adelante.

Sin duda que vuestra sabiduría ha hecho ya justicia á un criterio filosófico tan amplio como el de la Ciencia Viviente, en que se ve caminar incesantemente la *relación* desde uno al otro de los extremos constituyentes de su principio y fin, explicadores del alcance y calidad de su naturaleza, y en que, por consiguiente, la percepción intelectual es movida, animada, práctica, á la vez que entendedora, definidora, teórica. Los vélites de todas las magnánimas filas, armadas de razón, que luchan en el mundo entero contra el más temible y odioso de los enemigos de la Humanidad—la Ignorancia,—empiezan á conocer y á esgrimir esta nueva arma, ideada por nuestro insigne compatriota. Dentro de poco, ni aun la usual Ignorancia la desconocerá. Y ésta será la consagración de su victoria sobre los ánimos humanos.

Mas no quiere decir esto que cada esgrimidor de esa doctrina deje de modificarla y disponerla á su antojo, como ya previó Nieto; ni menos que la acepten como la mejor todos los luchadores, conforme Nieto daba también ya por sabido—al pedir objeciones y dolerse de no recibirlas,—porque el beneficio mayor de cada idea no está en su estricto valer, tanto como en suscitar otras nuevas, que hagan lo propio que ellas; creándose así las sabias descendencias, y poblándose de pensamientos el orbe intelectual, á la manera como los patriarcas dan la base, multiplicando las personas. ¿Podía ser, acaso, que fallaran las leyes de la diversidad y del perfeccionamiento inagotables, precisamente en la suprema altura de la inteligencia racional; y de tal modo, que ni ésta pudiese funcionar sino con arreglo á un patrón establecido por un precursor inarmónicamente privilegiado, ni engendrar hijos que hiciesen mejor cosa? El mundo habría perdido entonces la sublimidad, puesto que habría perdido la facultad de ir hacia lo sublime; y la *vida*, falta de objeto *transcendental*, habría *muerto*.

No es, pues, *legal* la absoluta igualdad del pensamiento; como

no lo es la de ninguna cosa de la Naturaleza, inclusas las hojas de un mismo árbol. Dedúcese de aquí que la discrepancia de las opiniones nos está impuesta por ley superior á las de los hombres, contra la cual es absurdo rebelarse; no tan sólo porque sería inútil intentarlo, sino porque nos volveríamos con ello en contra de nuestra mayor y más patente conveniencia de obedecerla, una vez que la disparidad de las ideas sirve para corregir mutuamente sus defectos y disminuir los yerros del pensamiento general; que tampoco sería capaz de enriquecimiento, si estuviera condenado á ser dueño de un capital invariable de nociones. ¡Es la eterna virtud del gran código de la Naturaleza, y también la eterna virtud de obedecerle! Bien está, por lo mismo, que nos advirtamos unos á otros, en provecho de todos, cuanto tengamos por erróneo, mas cuidando de que esta sana advertencia lleve impuesto aquel prestigioso sello de moderación, que cumple á todos los actos de quien sabe que él es también capaz de equivocarse. En esto, como en todo, el Marqués de Guadalerzas ha dejado insignes ejemplos que imitar. Oidle, si no, expresarse en la célebre discusión sobre *Hipócrates y las escuelas hipocráticas*—la más tenaz y ardiente de cuantas se han sostenido en esta Real Academia,—cuando, dirigiéndose al resuelto adversario de la doctrina defendida por Nieto y la inmensa mayoría de aquellos Académicos, al majestuoso Dr. Mata, le niega la razón en estos términos: «A propósito del método, debo detenerme un momento en una pretendida invención (se refiere á la enmienda que Mata introducía en el método de Bacon, para obtener de los hechos una ley) cuya gloria ha reclamado S. S. para sí y para España, con cierto aparato y solemnidad. Mucho me holgara poderle adjudicar, por mi parte, éste y otros mayores merecimientos, pues animado del más fervoroso y sincero patriotismo, me complacen sobremanera los lauros que recaen sobre mi patria, y más si los ciñen personas tan simpáticas para mí, y de tan aventajadas dotes como S. S. Empero la verdad, más fuerte que todas estas consideraciones, me obliga á declarar que, en mi concepto, se ha hecho S. S. una ilusión, procedente de su fe ciega en las teorías exclusivas que profesa.» Y desarrolla luego todo su pensa-

miento, con el reposo y comedimiento ya anunciados en el proemio del asunto.

¿No es cierto que éste es el tipo de la superior alma del sabio verdadero? ¿Y no es verdad también, en prueba de ello, que sólo en este proceder está la fuerza, y que de él es de donde más seguramente se derivan el acierto y la paz?

El texto que acabo de citar se encuentra, con otros varios parecidos, en el Discurso pronunciado por D. Matías Nieto en aquella memorable discusión, y publicado, con todos los demás trabajos de su mismo color científico, en el libro *Defensa de Hipócrates, de las Escuelas hipocráticas y del Vitalismo, hecha en la Real Academia de Medicina de Madrid.* (Un tomo de 395 páginas en 4.º: Madrid, 1859.)

Tan ferviente discusión tuvo un apéndice algunos años después, por causa de haberse referido á ella, y haberla renovado en cierto modo el Sr. Mata, en su *Criterio médico-psicológico diferencial entre la Pasión y la Locura,* y en su otro libro *De la libertad moral ó libre albedrío.* El Dr. Nieto salió de su silencio, tan pronto como apareció esta última obra de su competidor, y lo hizo en un folleto de 71 páginas, titulado: *La libertad moral. Réplica á un libro del Dr. D. Pedro Mata* (Madrid, 1869), que incluía también un corto trabajo del Dr. D. Joaquín Quintana, dedicado al mismo objeto, bajo la denominación de *Otra respuesta al mismo libro.* El texto del Sr. Nieto empezaba diciendo: «No me propongo hacer un análisis detenido del nuevo libro debido á la fecunda pluma de uno de los pocos escritores que mantienen vivo el movimiento intelectual en España. Mi principal propósito es no permanecer mudo ante la crítica que en él se hace de mis creencias filosóficas y médicas, á fin de que no se traduzca mi silencio, respecto de este punto, como desdén presuntuoso ó como debilidad y flaqueza de razones con que defender mi modo de pensar.» Y concluía: «Probado, pues, que la libertad es tan necesaria como el mismo sujeto consciente, y que en la metafísica del *objeto absoluto* se hace imposible conservarla, espero que mi amigo Sr. Mata, ó reforme sus doctrinas, si mis conclusiones son exactas, ó, si le parecieren erróneas, las refute y rectifique; limitándose bien al punto con-

creto sobre que versa el debate.» ¡Cuánta belleza y cuán grande poder moral se encierran en estas bien meditadas excitaciones!

Podría decirse que abuso de las citas y prolongo en demasía este trabajo; pero seguramente que no seréis vosotros quienes digan tal cosa, conocedores que sois de lo imposible de dar con cuatro rasgos de pluma idea suficiente de una vida que tantos y tan magistrales dedicó á la más elevada investigación de la Verdad, y convencidos, cual os debo suponer, de lo muy mucho que sale ganando esta última cada vez que las palabras del maestro ocupan el sitio de las mías. Gusto tendréis, por tanto, en escuchar dos líneas más, en que el grande pensador se vuelve á retratar con toda fidelidad *(La Reforma Médica:* Madrid, 1864; un tomo de 426 páginas en 4.º), cuando dice: «Por mi parte, sin pasión que me ofusque, ni impaciencia de ningún género, como quien está siempre dispuesto á dejarse convencer por la razón y á nadie considera fuera de la ley y del derecho común; sin desechar nada absolutamente, sin aceptar nada de un modo absoluto, dejando siempre un átomo de duda en lo que parece más seguro y un átomo de seguridad en lo que parece más dudoso—átomos que la vida, ley del Universo, puede desenvolver hasta convertirlos en montañas,—y aspirando sólo á establecer una armonía cada vez menos imperfecta ó una desarmonía cada vez más atenuada y favorable.....» ¿Quién no halla aquí nueva ocasión de admirar la hermosa y característica fisonomía espiritual de nuestro Presidente?

En el año 1895 dió á luz el Marqués de Guadalerzas otra originalísima producción, titulada *Simbolismo geométrico de la vida;* en la que coincide con la escuela pitagórica y con nuestros inolvidables filósofos—cristiano y agareno respectivamente—Raimundo Lulio y Mohidín, en lo de encomendar á la Geometría la representación de los pensamientos filosóficos; conforme puede verse en los artículos: *Orígenes de la filosofía de Raimundo Lulio*, por D. Julián Ribera, y *Mohidín*, por Don Miguel Asín, del tomo II del *Homenaje á Menéndez y Pelayo en el año vigésimo de su Profesorado* (Madrid, 1899; dos tomos en 4.º, de á 1.000 páginas próximamente). Y en verdad que hace

honor á entrambos pensadores la disección que de los elementos científicos logran llevar á cabo, y el modo como alcanzan á percibir la parte correspondiente á los grandes factores de toda ciencia: *sentimiento* y *raciocinio*, pues dice Mohidín,—al unísono con Lulio, en el fondo del pensamiento,—que «se alcanzan las ciencias por fe y por entendimiento, y que lo que no logra conocer éste por razonamiento discursivo, Dios lo descubre á sus siervos; porque muchas cosas están á la otra parte del *monte de la inteligencia humana*, y Dios concede la ciencia de esas verdades superiores á los hombres de voluntad: el silogismo lógico no basta para la Metafísica ó Divina Ciencia.» Que es lo que decimos todos, en términos más ó menos místicos, y lo que expresa reflexiva y categóricamente la doctrina del *coeficiente indefinido;* última palabra del estudio de este asunto, que, comparada con las de Mohidín, sirve para demostrar el lento paso de la evolución del pensamiento, y cómo se opera ésta á expensas de la creciente participación del raciocinio en las intuiciones científicas ó filosóficas, representantes del maridaje de él con la afectividad, sentimiento, imaginación, fantasía ó instinto intelectual, que por todos estos varios nombres se conoce.

El folleto de 112 páginas en 8.°, impreso en Madrid el año 1897, con el título de *Discursos sobre la Especialidad Filosófica, pronunciados en la Escuela de Especialidades Médicas*—de la que el autor era Presidente honorario,—es tan rebosante de meditación y de sabiduría, como todo cuanto salió de la poderosa mente del Marqués. Estúdianse en este libro: el *Concepto de la vida*, el *Método*, la *Ciencia* y la *Fe*, el *Bien* y el *Mal*, la *Naturaleza* y el *Espíritu*, la *Práctica* y la *Teoría;* y sin duda que gozaréis con la siguiente prueba de la elevación alcanzada una vez más por el autor, al realizar estos interesantísimos estudios: «Toda esta discusión habrá podido parecer fatigosa á mis oyentes (dice, á propósito del *Concepto de la vida);* pero la ha hecho precisa la intentada definición del Sr. Letamendi, para probar, al menos, que su propósito de definir la vida ha sufrido el mismo fracaso que el de todos sus predecesores, y que sufrirán los venideros, si se obstinan en seguir por tal camino. La vida es indefinible, y su mejor definición es resignarse con tenerla por

indefinible, es decir, indefinible en su totalidad; lo cual no supone que deje de ser definible en parte; dándose á luz con formas *relativas*, ya que no sea posible con formas absolutas.»

En el mismo año 1897 publicó Guadalerzas el primer tomo (en 8.° mayor, de 366 páginas) de su *Historia de los Sistemas Filosóficos*, y al año siguiente dió á luz el segundo y último tomo del mismo (de 495 páginas). En esta singular obra se examinan y juzgan con profunda originalidad y á favor del propio sistema (el cual sirve como de talonario, para confrontar la *legitimidad* de las ideas ajenas) las doctrinas de los grandes filósofos de todos los tiempos, desde Thales de Mileto á Renouvier. ¿Cómo resistir al deseo de daros alguna muestra del supremo criterio desplegado en la ejecución de este trabajo de Hércules? «Mi expresión, como la de todo el mundo (dice Guadalerzas en los *Propósitos del autor*, tomo I), es la palabra; pero la palabra es un símbolo, y todo símbolo exige ser adivinado. Por fortuna, para el uso común y vulgar del símbolo lenguaje, el hombre debe su carácter propio á la adivinación, que es ingénita en él y se llama generalización; el niño comienza á hablar, porque comienza á generalizar; las generalidades se van grabando poco á poco en su pensamiento, hasta constituir un organismo, que se considera adulto cuando se le declara á aquél mayor de edad. Cualquier generalidad que se evoca entonces en su ánimo, encuentra en él consonancia inmediata, el concepto se forma y progresa el saber.» Y en el *Epílogo* (tomo II) se lee: «En las relaciones de la Naturaleza con el pensamiento, la ciencia viviente suministra como bases la *exactitud* del análisis ideal y la *perfectibilidad* indefinida de la síntesis viviente. La verdad tranquila, realizándose sencillamente en el campo experimental, se trueca, dentro del dominio artístico, en amor y voluntad de otra definición ulterior, perfeccionada sucesivamente y cada vez más acomodada á la índole de sus dos factores.—En conclusión, la ciencia viviente lleva consigo la paz y todo el bien posible á las distintas esferas en que figura la Humanidad: al hombre particular y al colectivo. Partiendo de lo dado y lo posible, alcanza á tocar el límite de lo imposible, y allí se detiene, sin cesar de moverse en sentidos concéntrico

y excéntrico; aquél con la voluntad (ó sea el entendimiento, la reflexión) y éste con la pasión (ó sea el amor, el sentimiento).»

La inverosímil energía espiritual y física del Marqués de Guadalerzas quedó acreditada de nuevo con la aparición de *otros tres tomos*, en 8.° mayor, de 329 á 343 páginas, publicados dos de ellos en el año 1899 y el último en el 1900, bajo la denominación de *Filosofía y Fisiología*. Refleja esta obra las *cincuenta y cuatro* conferencias dadas por su autor, acerca de este objeto, en la Escuela de Especialidades Médicas; y luce en ella, como de costumbre, la suma y sana independencia de carácter con que el sabio Marqués juzgaba todo, tomando por base su recto amor á la verdad y su claro y ejercitado entendimiento. Así es como pueden leerse en la vasta extensión de esos libros conceptos tales como los siguientes: «Un análisis perspicaz de relaciones y una síntesis intuitiva espontánea y racional, son las armas terapéuticas ideales de que el médico dispone. —En la práctica son genios los que en teoría son filósofos insignes.—A los vanos raciocinios de la dialéctica, hay que sustituir la observación y la experiencia; á la *deducción*, que saca consecuencias, la *inducción*, que establece principios. El hombre no manda á la Naturaleza, sino obedeciéndola. Y para evitar las generalizaciones atropelladas, hay que partir de hechos y no abandonar el entendimiento á sí propio.—Las Matemáticas son ciencia de la *cantidad*, y el método para cultivar las de la *calidad* podrá ser análogo, pero no igual.—¿A qué nos atendremos para denominar á las enfermedades: á lo particular ó á lo general? ¿al fenómeno ó á la ley? Y se contesta que á la generalidad, á la ley, porque otra cosa es un empirismo. ¿Pero cómo entender la *generalidad* del individuo? ¿Será base la autopsia? ¿Formarán las enfermedades géneros, especies y subespecies como los seres vivos?—El médico, cual el gobernante de un Estado, tiene que considerar que cuanto sucede en el orden morboso depende de un cierto *espíritu público*, que informa desde lo alto los ánimos de los *ciudadanos* en general y las *funciones orgánicas* en particular.—¿Quién imitará en lo sucesivo á Renouvier? Difícil es preverlo; tanto más difícil cuanto que no sería acaso impertinente preguntar antes de todo ¿quién

le leerá? ¡Pobre género humano! ¡Cómo vas, casi á ciegas, por el camino que te marca tu destino, no de otra manera que el inculto pastor marca el suyo al rebaño que conduce! No te quejes, filósofo, de la suerte que, á no ser una estrella tan refulgente que deslumbre al mundo entero, te reserva el porvenir; otros viajeros, como tú, la han sufrido y la sufrirán. «Muere, decía uno de los héroes de Troya á otro, herido mortalmente: ¿no han muerto muchos antes que tú?»

Estaréis admirando, de seguro, la pasmosa fecundidad de este nuevo D. Alfonso de Madrigal famoso, de este *Tostado* de nuestros días (1); fecundidad mas y mas sostenida, cuanto más se acercaba el cumplimiento de los entrantes noventa años de su vida, en que la muerte había de venir á imponerle blanda y rápidamente su tributo. Pero aún es mucho lo que nos queda á todos que admirar en este mismo concepto del número de los trabajos de nuestro amigo y maestro, cuanto más en el de su calidad, si reparamos en que entran de lleno en la rareza aquella prevista por el adagio: «mucho y bien, rara vez juntos se ven.» ¿Mas podré considerar acabado este catálogo, con lo que me dispongo á añadirle todavía? ¿Es verosímil—ya que mis investigaciones en busca de los escritos del Marqués, no han dejado de ser fructuosas ni aun á la última hora en que me he visto obligado á suspenderlas,—es verosímil, repito, que hayan coincidido en llegar á su fin á un mismo tiempo la posibilidad y la necesidad de ellas? Si, según es de temer, cayera yo vencido por mi mala fortuna en este punto, habría de ser, como veis, por fuerza insuperable, que no por poltronería y abandono; y entonces tendría por consuelo, además de mi conciencia, la esperanza en vuestro despierto sentimiento de justicia.

En el próximo pasado año de 1901 aparecieron los dos tomos

(1) El mismo Marqués nos da hecho en la página 244 de *Vejeces*, el inventario de las producciones científico-literarias que le debieron total o parcialmente la vida, diciendo: «Son cosa de sesenta volúmenes en folio, de índole periodística; veinte ó más volúmenes filosóficos, médicos ó literarios, igualmente originales, y ciento o mas volúmenes traducidos ó confeccionados, algunos de ellos con repetidas ediciones.»

(uno de 605 páginas y otro de 462, á dos columnas, en 4.° mayor, impresos igualmente en Madrid) del *Diccionario crítico-biológico;* cuyo originalísimo propósito es el estudio de las palabras en confirmación de la existencia de un sistema filosófico por ellas representado; que es tanto como analizar los símbolos cardinales del pensamiento, en relación con el criterio *científico-viviente;* acerca de lo cual, dice el autor que: «así como el plano de una catedral puede reducirse cardinalmente á pocas líneas, así todo el criterio que ha presidido á la construcción de este Diccionario, se reduce á que *el pensador sienta teóricamente su relación con todas las cosas determinadas y determinables, y hacer, además, práctica la relación teórica, relacionándolo todo del mejor modo posible.»*

En este Diccionario, casi todas las palabras son verdaderos modelos de perfección analítica y sintética; aunque señaladamente algunas, como es de presumir, que realizan con la mayor fortuna el ideal del libro de que forman parte, dedicado á hacer entrar en movimiento los conceptos, llevarlos de la estática de la teoría á la dinámica de la práctica, *vivificarlos,* para decirlo de una vez; que es la razón de que el Diccionario reciba el apellido de *biológico* y la doctrina el de *viviente.*

Pero que hable el Marqués y corra de su cargo el autorizar mis afirmaciones y dar exacta idea del *mecanismo* de este tan gran trabajo psicológico.

«Acromático, del griego *a*, privación, y *chroma,* color.—Lo que evita la producción de colores inoportunos para la recta visión. La duda es la lente acromática del filósofo.

Zona, del sánscrito *ju,* liga.—Entre los polos limitativos de la vida: positivo (nacimiento) y negativo (muerte), hay *zonas* (edades) que realizan gradualmente el intermedio, pasando por el ecuador. Entre los polos de la vida filosófica (idealismo, materialismo) hay un ecuador, *intermedio teórico,* sobre el cual cruzan prácticamente las realidades vivas. El ecuador es el llamado *eclecticismo;* pero el eclecticismo está muerto, si prescinde de las corrientes vivas que le cruzan en todas direcciones.»

Como veis por las anteriores muestras, este trabajo del Marqués de Guadalerzas es verdaderamente nuevo y pone á su

autor al lado de los grandes pensadores que han ilustrado, de ésta ó la otra manera, el campo de la Filología; tales como Benot *(Diccionario de ideas afines)*, Gallardo *(Diccionario crítico-burlesco)*, Voltaire *(Diccionario filosófico)* y el abate Chaudon *(Diccionario antifilosófico)*; cumpliendo aquí Nieto su especial objeto de *movilizar*, de *vivificar* todas las representaciones filológicas del pensamiento, de ponerlas en *función*, con no menos brillante resultado que el alcanzado, para sus respectivos ideales, por los filólogos que acabo de citar.

En el mismo año 1901 dió el Marqués nueve conferencias—en la Escuela práctica de Especialidades Médicas,—acerca de las *Categorías filosóficas;* que continuó alternadamente en esta institución y la Academia Psico-biológica (por él fundada en 1899), hasta el día en que por última vez salió de su casa el ilustre conferenciante; enfermo ya de muerte, pero sostenido por su casi sobrehumano amor á la Verdad, cultivada por él apasionadamente y siempre con la generosa mira de compartir con sus semejantes el fruto preciosísimo de su trabajo en busca de ella. ¿No se deberá llamar á esto *santidad!* Tan memorable última conferencia no pudo ya darla verbalmente el Marqués, que la llevó escrita y fué leída por su distinguido hijo, aunque todavía él la comentó y amplió con apagada palabra, como quien tiene puesto ya el pie en la eternidad. No hay que decir que aquellos acentos del maestro fueron un verdadero *canto del cisne,* y hubieron de sonar funeralmente en los entristecidos oídos de cuantos discípulos nos encontrábamos allí; no muchos, pero sí los bastantes para animar, aun con nuestra misma desanimación, al sabio llamado ya á sostener su vibrar espiritualísimo más allá de esta vida.

Una sola conferencia faltaba para que nuestro socrático mentor diese por terminada esta inmensa tarea de las *Categorías filosóficas,* que me dan ganas de considerar la más ardua y consumada empresa de las muchas que logró llevar á cabo. Todas estas conferencias, la póstuma inclusive, han visto ya la luz en el *Siglo Médico,* y sé que pronto habrán de ser objeto de la publicación de un tomo que las ofrezca reunidas. Siquiera no fuere cierto que sean ellas la mejor producción de Guadalerzas,

serían siempre la más interesante de todas, por el solo hecho de reflejar los últimos pensamientos del anciano venerable; aunque me consta que bullía en su activa mente un pensamiento más, que él miraba como el definitivo para *dar por concluída su misión filosófica en la tierra.* Era un *Discurso acerca de la vida*, que se proponía dedicar al próximo Congreso Médico internacional de Madrid. ¡Feliz quien, para serlo, estuvo ya á tan contados pasos! ¡Pero qué suma de trabajo, qué capital de legítima satisfacción de sí mismo, qué riqueza de espíritu—atesorada durante toda una larga vida de virtud y de talento—supone el considerarse dichoso *con tan poco, con un discurso más,* ya suficiente en el propio concepto para dar por alcanzada la más alta cima del deseo! ¡Y esto en la tierra de los discursos, y tratándose de un hombre autorizado para tener las aspiraciones más extraordinarias! Patentes están aquí, con ello, la grandeza del Marqués y la majestad de la justiciera lógica; y sin duda que todos sentimos inclinarse ante ambas nuestros ánimos, sugestionados por la admiración y la esperanza. Porque todos oímos el celeste *¡Sursum corda!* que nos dirige nuestro paternal maestro desde lo alto.

Pero no son tan solamente los dos tomos del *Diccionario crítico-biológico* y las *Categorías filosóficas* los trabajos que ocuparon las potencias del Marqués durante el último año y medio de su vida, pues en los días que precedieron á su muerte dió á la estampa el ya citado libro *Vejeces*, en el que dejó trazada su autobiografía, simultáneamente publicada por el *Siglo Médico*, que, por cierto, no la terminó hasta después del fallecimiento del autor. ¿Dónde hallar ejemplo de un entusiasmo, una fe y un poder tamaños, y sublimados hasta lo inverosímil por la natural negativa de la edad? Había de ser novela, en vez de historia, el relato de *Vejeces*, y referirse á un protagonista imaginario, en lugar de real, venerable y acatado, y habría de interesar fuertemente al lector, y acreditar al novelista; así por la luz y el calor puestos allí al servicio de un bello ideal de sentimientos candorosos y amantes, abrillantados por una diadema de entendimiento y de sabiduría, como, y muy señaladamente, por la maravilla de realizarla tal un autor cercano á centenario.

Y como quiera que al tratarse de un grande hombre, no hay pequeñez de su existencia que no sea una parte de grandeza, no hay detalle que sea insignificante, es claro que esta autobiografía es un verdadero tesoro para discípulos y admiradores del maestro, y aun para cuantas personas sean capaces de percibir el valer de cada una de las gotas de un Océano. Claro es también que, escrito por el Marqués de Guadalerzas, este libro no podía dejar de contener enseñanzas directamente filosóficas; y así es la verdad, pues no tan sólo se hace en él la historia de la doctrina personal del autor, dividiéndola con todo fundamento en períodos de perfecta semejanza con el desarrollo general del pensamiento, según ya queda dicho, sino que se consignan en la última página estas *repensadas* palabras: «Tal es la fórmula que califico de espontánea en mí (se refiere á la de *unidad consentidora de multiplicidad; identificación que permite distinción;* en suma, el *ejercicio de la vida de que el pensamiento viviente se hace norma); porque si bien apareció *sugerida* por estudios anteriores, lo fundamental, en mi pensamiento progresivo, fué la adición al punto de vista á que había llegado la Filosofía (alude á la *relación-función* entre los opuestos polos positivo y negativo del conocimiento, en vez de la *relación* teórica y *estática* entre las partes todas del Universo) en las épocas primera, segunda y tercera de mi ejercicio filosófico personal. ¿Está hecha legítimamente, por mi parte, tal adición al programa filosófico en general? Júzguelo quien quiera y pueda, entre mis contemporáneos y sucesores.»

Presta asimismo raro interés á *Vejeces* una colección de siluetas de médicos notables y otros personajes de la época, trazadas por lo común de mano maestra, y que forman, digámoslo así, una orla gloriosa al principal retrato de la obra, que ha de ser forzosamente el del autor.

Tengo noticia de otro trabajo filosófico del Marqués, titulado *Aplicación del método de las Matemáticas á las Ciencias Naturales;* pero he tenido la desgracia de no poderle hallar en parte alguna.

Y no he citado antes el *Manual del arte de los apósitos*—á pesar de su excelente reputación,—por no estar en la zona de

los predilectos estudios del Dr. Nieto, que hizo ese trabajo en los albores de su juventud, y por no ser exclusivamente suyo, pues que compartió esta labor con su amigo Méndez Alvaro; lo propio que hizo con la de un folleto denominado *Manual de auscultación*, que redactaron y publicaron ambos cuando Nieto estudiaba el sexto año de la carrera. ¿Quién duda que nuestro Presidente era un predestinado á la gloria?

El día 16 de Diciembre de 1839 (¡hace sesenta y tres años!), y previos los ejercicios de oposición, entonces reglamentarios, ingresó el Dr. Nieto en esta Academia; versando la Memoria que le abrió las puertas de ella, acerca de la *Ideología en general y sus aplicaciones á la Medicina*. El triunfador tenía veintiséis años de edad.

Y en verdad que hay que leer *Vejeces*, para formar concepto del miserable estado en que yacía esta Corporación á la fecha del remoto ingreso en ella del joven Dr. Nieto y Serrano, pues que no contaba sino con una subvención *de 1.000 á 2.000* pesetas anuales, por parte del Estado; lo que la obligaba á tener por domicilio el particular de su Presidente, que á la sazón era el Catedrático de Terapéutica y Materia Médica, D. Ramón Capdevila. ¡Cuánta parte le cabe al Marqués de Guadalerzas en la diferencia enorme entre aquella doméstica situación de la Academia, y la oficial presente! Pero volvamos al pasado; sólo que á un pasado más animador.

En la sesión inaugural del año 1853 tuvo el Dr. Nieto á su cargo el Discurso científico, en el que estudió las *Relaciones de las Academias con las Ciencias á que corresponden, sus funciones en la Administración pública é influjo de la Medicina en la ciencia de Gobierno*. El solo enunciado del tema de este Discurso y del de la Memoria de ingreso, basta para demostrar la alteza de miras del Académico de aquellos días lejanos. Quienes le hemos podido juzgar luego—y la mayoría de mis oyentes se encuentra en este caso,—adivinaríamos la lucidez que habrían de llevar consigo ambos trabajos académicos, aun cuando no nos fuesen conocidos.

También es obra del Dr. Nieto la hermosa Introducción al tomo II de las *Memorias* de nuestra Academia, publicado en

1862, después de un mutismo de *sesenta y cinco años*, ó sea desde 1797, en que apareció el tomo I; mutismo harto explicable ante el retrato de nuestra Corporación en 1839, hecho por el Marqués y al que he aludido un poco más arriba.

En 1864 contestó Guadalerzas al Discurso de ingreso de Don Joaquín Quintana, dedicado á *La causa próxima de las enfermedades*. En 1884 al de D. Angel Pulido, relativo á la *Evolución histórica de la Patología*. En 1888 al de D. Alejandro San Martín, acerca del *Valor curativo de la Naturaleza en las enfermedades*, y en el tan cercano año de 1901 fuí yo quien tuvo el muy señalado honor de que le consagrara el Marqués su último trabajo de este género, sobre el tema *La duda en Medicina*, que seguramente recordáis. ¿No creéis, conmigo, innecesario el elogio de todos estos reglamentarios escritos de nuestro maestro, de que tenéis cabal conocimiento? ¿Y deberemos pensar de otra manera, con aplicación á los *treinta y tres* Discursos inaugurales que, como Secretario perpetuo, leyó en esta Academia desde el año 1861, en que fué elegido para ese cargo, hasta el 1894, en que hubo de renunciar á él, por haber sido elegido Presidente? ¿Puede suponerse, acaso, que no sean todos esos trabajos dignos de la Academia y del autor?

Entre los innumerables servicios que la Corporación debe al noble Marqués, merecen figurar en lugar preeminente la continuación no interrumpida de sus *Memorias* (en que tienen su puesto de honor las inaugurales de cada Curso, así científicas como de Secretaría, y las de ingreso, con sus contestaciones respectivas) y la creación y sostenimiento de sus *Anales*, dedicados á perpetuar los trabajos más importantes de cada Curso científico; siendo muy de anotar el hecho—grandemente satisfactorio por magnífico,—de que las primeras formen ya XXVI volúmenes, y lleguen á XXIII los segundos; trasluciéndose en todas las cubiertas de ellos el venerable retrato de su sabio y fecundo creador.

Contenta, por consiguiente, y hasta ufana, puede hallarse esta ilustre Corporación, al ver que la grande alma del Marqués de Guadalerzas ha sido, en cierto modo, la suya propia durante largo medio siglo; corto, sin duda alguna, para ella;

pues además del directo beneficio que la ha traído esa elección, hecha para tan vitales cargos—así desempeñados,—ha debido ser mucho lo que por este lado haya ganado la Academia en fama de acertada y justiciera. También la ha resultado gloriosísimo el haber decidido en 1839 el porvenir de su hoy llorado Presidente, que á la sazón fluctuaba entre Apolo y Minerva; pues el entonces semi-adolescente Nieto se sentía halagado por las Musas, á las que correspondía con la efusión de los primeros años y los bríos de un alma bien templada.

Fueron muchas, con efecto, las odas y demás clases de composiciones poéticas que el Dr. Nieto publicó, durante su primera juventud, en varios periódicos de Madrid, y no pequeño el apuro que esto le proporcionó en casa de una señora Marquesa—según él cuenta en *Vejeces*,—que le invitó á improvisar en su tertulia un soneto con pies forzados, y de cuyo compromiso salió el inspirado poeta con las manos en las de todos, que no en la propia cabeza, como hubiera sido de temer. Así animado el nuevo vate, se lanzó á escribir un drama con asunto de Doña Juana la Beltraneja, y tradujo y arregló á nuestro teatro el *Castillo de San Alberto*, espeluznante drama francés que hizo mucho ruido, y recuerdo haber visto representar muy de niño; dejándome una profunda impresión de horror, que aún no ha concluído. Tan sonada victoria y la decidida afición de Nieto á las letras, le condujeron por derecho propio desde los bastidores del Teatro al *Parnasillo;* nombre que se daba entonces generalmente al café del Príncipe, que se hallaba donde hoy la Contaduría del Teatro Español, y por consiguiente constituyendo un inquilino más del antiguo Corral de la Pacheca, y siendo el predilecto sitio de reunión de los literatos de la época. El Dr. Nieto se hizo también asiduo concurrente á tan oxigenado centro intelectual, hombreándose en él con Espronceda, Larra, Bretón de los Herreros, Campoamor, Mesonero Romanos, Hartzenbusch, García Gutiérrez y Zorrilla; gracias á lo cual, y á su memoria excelentísima, ha podido trazar los retratos de estos insignes escritores, en el libro que le plugo denominar *Vejeces*, con menos razón de la que hubiera tenido para llamarle *Juventudes*, ya que tan escasos andan los rasgos alu-

sivos á *la vejez,* y tan ninguno hay propio de ella, en ese admirabilísimo *libro de memorias*, no inferior á ningún otro de los de su especie, con los que me es dado compararle. Descríbense y puntualizan en él también, y tan bien, los primeros tiempos del Ateneo Científico y Literario de Madrid—del que formó parte el Dr. Nieto desde Diciembre de 1836,—y se dedica un expresivo recuerdo al Instituto, émulo del Liceo y Ateneo, en el que nuestro maestro amplió sus relaciones con poetas y demás hombres de letras.

Las propensiones literarias y editoriales de D. Matías Nieto y Serrano—que siempre vivieron en su ánimo sin estorbar á las filosóficas, y recíprocamente,—le impulsaron á fundar en el año 1840, y con el concurso de su antiguo amigo D. Francisco Méndez Alvaro, una *Biblioteca Escogida* de Medicina y Cirugía, destinada principalmente á propagar en España el conocimiento de las más selectas producciones médicas del extranjero, y de la cual fué hijo el *Museo de Medicina* y nieta la *Biblioteca del Siglo Médico;* preciosos manantiales editoriales, cuyas aguas han parecido derivadas del mismísimo Pactolo celebérrimo y llevar sus moléculas de oro al hogar de su incansable descubridor y guiador.

No satisfecho, y menos aún harto, con esto, el Dr. Nieto inauguró en el año 1844 un *Boletín Mensual de Novedades Médicas,* que al año siguiente fué sustituído por la *Gaceta Médica*, periódico decenal, en el que colaboraban principalmente el gran Fourquet,—á quien no ceso de admirar y amar tiernamente, en mi calidad de discípulo que fuí suyo,—mis también ilustres maestros Alonso Rubio, Santero y Salazar, el distinguido publicista Ataide, íntimo de mi otro inolvidable maestro Asuero, y algunos más profesores de primera nota.

No muchos años después, en el de 1854, se fundieron bajo el nombre de *El Siglo Médico*, la *Gaceta Médica,* de Nieto, y el *Boletín de Medicina y Cirugía,* de Méndez Alvaro; resultando de esta unión un ejemplar vivo de la rarísima constancia, además de otras muchas dotes del espíritu, atesorada señaladamente por su más caracterizado fundador, Nieto Serrano, que por tanto tiempo sobrevivió á su socio y amigo.

En el mismo año de 1854 fué nombrado el Dr. Nieto Vocal de la Junta Provincial de Beneficencia de Madrid; y por lo que hubo, sin duda, de acreditarse en el desempeño de este cargo —que llevaba consigo el de Visitador del Hospital Provincial, —recibió del Gobierno la honrosa comisión de representar á España en el primer Congreso Internacional de Beneficencia, reunido en Francfort; al cual dedicó el Dr. Nieto una Memoria, que se imprimió en las Actas de tan respetable Asamblea. Más tarde, en 1861, recibió igual encargo oficial cerca del segundo Congreso Internacional de Beneficencia, que tuvo lugar en Londres, y para el cual redactó otra Memoria, que fué objeto de la extraña y abominable prestidigitación relatada en el libro *Vejeces*, tan citado; aunque no tanto, quizá, como merece. Por fin, en el Congreso de Beneficencia de Madrid leyó el Dr. Nieto otro trabajo adecuado, que fué premiado con la Gran Cruz de la Orden de Beneficencia.

El Gobierno de D. Amadeo de Saboya le distinguió con otra Gran Cruz, la de María Victoria, que el buen D. Matías dice textualmente que le fué otorgada «sin méritos para ello.» Asimismo, y «no sin alguna sorpresa,» por su parte, fué elegido Presidente de la Sociedad Antropológica Española: no siendo menos modesto al dar cuenta impresa del efecto que le causó su nombramiento de Consejero de Instrucción Pública, que le otorgó con toda espontaneidad el Gobierno de D. Alfonso XII, y en cuya elevada Corporación desempeñó la Presidencia de la Sección de Cirugía. Nuestra Academia, por su parte, le eligió por dos veces Senador.

En el Congreso Médico Español de 1864 ocupó el sillón presidencial, lo propio que en la Asamblea Médica de 1868, y en el noveno Congreso Internacional de Higiene y Demografía, ó sea el de 1898, fué designado para una de las presidencias de Sección; habiendo sido, además, muchas las ocasiones en que se acudió á él para la Presidencia de los tribunales de oposiciones á plazas de carácter científico ó profesional.

Pero el Dr. Nieto fué también Médico militar, no menos que por espacio de treinta y dos años; la mayor parte de los cuales los pasó en el Hospital Militar de Madrid, donde prestó servi-

cios clínicos eminentes; como era de esperar de profesor tan ilustrado y concienzudo. En estos largos servicios no escasearon las maniobras quirúrgicas, amputaciones inclusive, siempre que lo pidió la indicación. Estuvo, asimismo, en campaña durante la primera guerra civil del siglo pasado y en la de Africa; obteniendo por todo ello cruces de Carlos III, Isabel la Católica y otras, y después de su retiro del servicio las Grandes Cruces de Isabel la Católica y María Cristina. El Marquesado de Guadalerzas le fué concedido á principios de 1893.

Honores, pues, riquezas, longevidad, descendencia sana de alma y cuerpo, respeto y admiración de los contemporáneos y seguramente que de las generaciones venideras: todo esto brilla en la ejemplar vida de Nieto, caracterizándola y confirmando el dicho antiguo de que «cada uno cosecha lo que siembra;» equivalente á decir que «el que quiera coger trigo no deberá sembrar centeno,» ya que el mundo está regido por la Lógica, madre de la Justicia.

En lo íntimo de la vida académica del Marqués de Guadalerzas hay un episodio que no debe permanecer ignorado, por lo mismo de retratar con fidelidad el recto espíritu de nuestro Presidente. Es el caso, que llegó, con la primavera de 1901, la época en que acostumbraba éste pasar un mes de higiénico y necesario descanso en su posesión señorial de Guadalerzas, y había de ser elegido por la Academia, á la mitad de ese plazo, el representante de ella en el Senado. La familia del Marqués se opuso con todas sus fuerzas á que el venerable anciano hiciera un viaje de ida y vuelta, no más que para presidir la sesión correspondiente, ó sea para no desairar con su ausencia á la Academia, ni á sus candidatos á tan alta representación. Pero el Marqués no halló otro medio de complacer en esto á sus hijos, que renunciar antes del día de la sesión el cargo de Presidente, que era una de las mayores satisfacciones de su vida. Cedieron, al oir esto, los hijos. Nuestro pulquérrimo Presidente interrumpió su plácida vocación y, llevando ya sobre sí el peso de sus *ochenta y ocho años*, se sometió á vaivén tan importuno y violento, con tal de gozar, á través de él, de la espiritual satisfacción del deber cumplido; que es, en verdad, una victoria lo-

grada á la mayor distancia posible del imperio puramente vegetativo de nuestro sér maravilloso.

¿Cabe, después de conocer todo esto, sorprenderse del consejo dado por el Marqués, en los últimos días de su vida, á su señora hija soltera (consejo obedecido fielmente por ésta), para que renunciase en favor de las viudas y huérfanos del Monte Pío Facultativo sus legítimos derechos de orfandad? ¿Y cabe extrañar tampoco que haya legado á la Academia un capital de *quince mil pesetas*, para que ésta dedique su renta á fundar premios? Si faltase algo para la plena demostración del amor que D. Matías Nieto y Serrano tenía para la Ciencia, en general, y la Academia, en particular, se hallaría en los anteriores últimos latidos de su nobilísimo corazón de sabio, que sacrifica en algo á sus propios hijos por favorecer á la Medicina y sus cultivadores, que es una de las más expresivas maneras de prestar favor á la Humanidad.

De todo cuanto llevo dicho se deduce que la pérdida de nuestro Presidente es para nosotros comparable á la de un padre; porque nos arrebata un amoroso mentor, y con él una majestad y una confianza que han de necesitar probablemente mucho tiempo para renacer, si es que renacen. Justificado está, pues, nuestro entristecimiento, por muy grande que sea la fe que nos merezcan el porvenir espiritual de nuestro Maestro y la vida de nuestra Corporación.

Por lo que hace al hecho mismo de la muerte de este grande hombre—acaecida en Madrid el día 3 de Julio último, como harto sabéis,—hay que decir que tuvo el mismo socrático carácter que su vida, conforme puede verse en la muy sentida y elocuente descripción que le dedicó en uno de los grandes diarios de Madrid (1), y reprodujo el *Siglo Médico* del día 6 del propio mes, nuestro por tantos títulos distinguido compañero Dr. Pulido, testigo presencial de aquella solemnidad incomparable, en que el Maestro enseñó con su alto ejemplo el modo cómo un alma bien educada debe y puede acatar la última ley del vivir que conocemos, primera de la indefinida serie de ellas

(1) *El Liberal* de 4 de Julio de 1902.

que la lógica y el sentimiento nos descubren al otro lado de nuestro presente, en camino de la absoluta perfección.

Y pondré aquí forzado término á un elogio que podría resultar interminable, si sólo hubiéramos de atender á la justicia, diciendo que así como es bastante referirse hoy al *fundador de la Academia*, para saber que se habla de Platón, llegará día en que baste la alusión al *Presidente de la Academia de Medicina de Madrid*, para entender que es del Marqués de Guadalerzas de quien se habla. ¡Sublime y rara celebridad de un parentesco del espíritu! ¡Dichosa nuestra Corporación!—He dicho.

ACTAS DE SESIONES LITERARIAS

I

SESIÓN DEL 31 DE ENERO DE 1903

Leída el acta de la sesión celebrada el 28 de Junio del año anterior,

El Sr. Cervera, rectificando afirmaciones hechas por el señor San Martín, pidió que constara, que dicho Sr. Cervera había intervenido en dos casos de cirugía pulmonal, referentes á dos compañeros médicos, uno militar y otro de la provincia de León, á los cuales operó *abscesos del pulmón*.

El Sr. Ribera, con el mismo fin, recordó que había operado de un absceso del pulmón á un farmacéutico, y publicado hasta siete observaciones de cirugía del pulmón.

Después se aprobó el acta.

El Sr. Espina leyó la siguiente nota sobre la existencia del Argón en las aguas de Panticosa:

«En 1894, inmediatamente después del descubrimiento del *argón* por Ramsay y Rayleigh, cuyo trabajo presentaron á la *British Association*, nos ocupamos de este gas en el aire, sitio

en donde le encontraron estos químicos ingleses, al hacer sus trabajos sobre la exacta densidad de diferentes gases, observando que entre el nitrógeno obtenido por acciones químicas y el natural de la atmósfera había una diferencia de $^1/_2$ por 100, circunstancia que condujo á estos químicos á aislar el nitrógeno atmosférico por dos procedimientos distintos: el primero el de Cavendish, y el segundo consistente en absorberle del aire desoxigenado, haciéndole atravesar por magnesia caliente. El método de Cavendish para demostrar la composición del ácido nítrico es el empleado. Mezclando el aire al oxígeno, se somete á chispas eléctricas en presencia de un álcali, hasta que no se produzca contracción. El oxígeno en exceso se absorbe entonces por el pirogallol. El gas que queda no es el nitrógeno, si nos referimos á los caracteres del análisis y al aspecto del espectro. Por el segundo método, que se obtienen mayores cantidades del nuevo gas, continuando la operación, la densidad del residuo se eleva poco á poco, alcanzando al final 1,909. En este momento la absorción parece haber alcanzado su límite, y la cantidad del nuevo gas se eleva próximamente al 1 por 100 del ázoe atmosférico, tratado de esta manera.

Este gas, obtenido con este método, no sufre contracción bajo la influencia de la chispa eléctrica, lo que indica que no se produce ninguna combinación. Tampoco hay licuefacción cuando al nuevo gas se le comprime á las temperaturas ordinarias.

En opinión del profesor Dewar, este nuevo gas no es un elemento nuevo, como se había supuesto, sino una forma alotrópica del nitrógeno, teniendo con éste las mismas relaciones que el ozono con el oxígeno; pero el ozono es más activo que el oxígeno, en tanto que el argón es más inerte, químicamente considerado, que el nitrógeno. Dewar se adelanta á esta objeción, haciendo observar que el fósforo, cuerpo el más próximo al nitrógeno, es menos activo bajo la forma de fósforo rojo que de fósforo amarillo.

Berthelot, tomando como punto de partida la comunicación de los químicos ingleses, hizo una comunicación á la Academia de Ciencias de París relativa á este nuevo gas. La relación entre la densidad del argón y la del oxígeno es $^{20}/_{16}$.

El argón, según Crookes, da dos espectros de líneas distintas: uno rojo, 80 líneas, y otro azul, 119 líneas, según la intensidad de la corriente y la interposición de una botella de Leyden de gran superficie. Estos dos espectros tienen 26 rayas comunes, y éstas son diferentes de las del nitrógeno y de otros elementos conocidos.

La preparación del argón, dotado de semejantes caracteres por dos procedimientos tan distintos como la acción de la chispa después del oxígeno y del magnesio sin oxígeno, parece afirmar la persistencia de este gas en el aire.

La solubilidad del argón en el agua á 12° se eleva á 40 centímetros cúbicos por litro, cifra casi igual á la del oxígeno y dos veces y media más que la del nitrógeno. Su licuefacción se obtiene á —90° y á una presión de 100 atmósferas.

Olzewski ha conseguido esta licuefacción por la refrigeración con el etileno á —121° y con una presión de 50,6 atmósferas. Su punto de ebullición es —187, á presión de 0,740. El líquido obtenido tiene como densidad 1,5 superior á la del oxígeno. Cristaliza á —189,6, y por todas estas propiedades Berthelot excluye la idea de una mezcla de dos cuerpos diferentes.

La relación de los dos calores específicos es de 1,65 á 1,61, obtenida por la velocidad del sonido, ó sea la longitud de la onda sonora de los tubos.

Dejando aparte multitud de problemas que suscita este nuevo descubrimiento, diremos que no se han llegado á obtener todavía combinaciones químicas del argón. No se combina con el oxígeno ni aun en presencia de los álcalis y de la chispa eléctrica, así como tampoco al hidrógeno. No es atacado en frío ó en caliente, ni por el cloro, fósforo, azufre, hidrato de sosa, cal sódica, polisulfuros alcalinos, nitrato de potasa fundido, hiperóxido de sodio. El negro y la esponja de platino no le absorben. El agua regia, el bromo y los hipobromitos y el permanganato de potasa acidificada, no tienen acción sobre él.

En opinión de Berthelot, este gas no ejerce influencia alguna en los animales superiores, pero hay que reservar la opinión respecto á las bacterias.

Este sabio químico, en una segunda comunicación, el 18 de

Mayo de 1895, dió á conocer una combinación del argón con la bencina, obteniendo una materia obscura, análoga á la que dan el ázoe y la bencina; esta substancia es insoluble y desprende cuando se la calienta vapores alcalinos.

Posteriormente, el 25 de Marzo, el mismo Berthelot leyó un parte telegráfico de uno de los descubridores del argón, M. Ramsay, en el cual daba á conocer la obtención del argón por medio de la clevita de Nordenskiold. Este compuesto, de base de óxido de urano, suministra un gas que contiene el helium, metal hipotético de la atmósfera solar, revelado por el análisis espectral, que da una raya obscura que no puede referirse á ningún metal conocido.

En opinión de Berthelot, el helium podía ser una forma de argón ó una combinación de este gas, puesto que en sus ensayos acerca del mismo los tubos llenos de él tienen una fluorescencia muy intensa, cuyo aspecto reproduce la raya del helium.

En la sesión de 1.º de Abril, Ramsay mismo se ocupó de la obtención del argón por medio de la clevita, que contiene 2,5 por 100 de un gas que se creía era el ázoe y que, en su opinión, era una mezcla de ázoe y de argón, puesto que el gas extraído de la clevita daba nitrógeno y un residuo, y que el aspecto de este residuo reproducía el del argón con una magnífica raya amarilla además, y la comparación de este espectro concordaba con la del helium del espectro solar. Ramsay, con el argón extraído de la clevita y el procedente de la atmósfera, ha hecho la comparación de sus espectros, encontrando en el primero tres rayas violetas desconocidas, por lo cual piensa que todavía este gas podría contener un nuevo elemento.

En la sesión de 8 de Abril, el Sr. Gunitz, Profesor de la Facultad de Ciencias de Nancy, dió á conocer la preparación del argón, utilizando la propiedad del litio de absorber el nitrógeno á la temperatura inferior al rojo.

En la sesión de 16 de Abril, el Sr. Berthelot presentó un trabajo sobre el aspecto de fluorescencia de una mezcla de argón y vapor de bencina; y por último, el 6 de Mayo de 1895, el señor Moissan demostró perfectamente la inercia de este gas.

Posteriormente han seguido los trabajos referentes á este gas

asociándose á este descubrimiento el del krypton y del neon en el verano de 1898, y en 1901 se ha comprobado que el aire atmosférico contiene un gas muy parecido á éste, al cual se le dió el nombre de *xenon*.

En el transcurso del mismo año, por el otoño, Baleg llamó la atención sobre la presencia de las líneas del heliun en el espectro del neon, observación confirmada por Keyser de Berna y Friedlander.

También por aquella época se obtuvo un espectro diferente del argón, aunque de la misma densidad, y al gas que producía este espectro se le llamó metargón; pero este gas no era tal cuerpo, sino que dependía del empleo del fósforo, que contenía carbono, empleado para la eliminación del oxígeno de la mezcla de los gases, y su espectro era casi idéntico al del óxido de carbono, difiriendo únicamente en las líneas del cianógeno.

Para obtener el krypton y el neon, compañeros del argón hay que evaporar nuevamente una cantidad de aire, y el residuo está exento de oxígeno y de nitrógeno, consistiendo en una mezcla del krypton, xenon y argón; pero este último es el principal elemento de la mezcla. Esta mezcla ha podido licuarse y separar el argón de sus compañeros el krypton y el xenon, y por medio de operaciones y muchas tentativas ya se ha llegado á islar estos tres gases.

El krypton tiene una tensión de vapor considerable á la temperatura del agua hirviendo; la tensión del xenon es apenas apreciable, lo que permite separarlo con facilidad, es decir, que el argón tiene como compañeros casi inseparables el krypton y el neon.

Todos estos gases son mono-atómicos, como lo prueba la determinación de su coeficiente específico por el método de Kundt. El coeficiente de comprensibilidad de estos gases es muy interesante, y los espectros de estos gases han sido medidos exactamente, notándose que el color de un tubo neon es muy brillante y de un tinte de rosa anaranjado.

La coloración suministrada por el krypton es violeta pálido, y la del xenon azul celeste.

Estos gases forman una serie en la tabla periódica de los

cuerpos entre el fluor y el sódico: 1.°, porque la relación entre sus calores específicos y presión y volumen constante es de 1,66; 2.°, porque si las densidades deben ser consideradas como idénticas á los pesos atómicos, como en el caso de los gases diatómicos como el hidrógeno, el oxígeno y el nitrógeno, no hay sitio para estos elementos en el cuadro periódico; y 3.°, por las propiedades de estos elementos, índice de refracción, volumen atómico, punto de fusión y punto de ebullición, demostrándose una gradación puesta en evidencia por diagramas. He aquí el cuadro:

Elementos.	Equivalentes.
Hidrógeno	1
Helio	4
Litio	7
Glucinio	9
Fluor	18
Neon	20
Magnesio	24
Cloro	35,5
Potasio	39
Argón	40
Calcio	40
Bromo	80
Krypton	82
Rubidio	85
Estroncio	87
Iodo	127
Xenon	128
Cesio	133
Bario	137

Todos estos trabajos de aislamiento del argón y de sus compañeros, han sido puntos de partida del estudio de este gas, y el ilustrado Profesor de Farmacia de París, M. Moureau, ha encontrado el argón asociado al nitrógeno en casi todas las

aguas nitrogenadas y casi como una característica de estas aguas.

En Agosto de 1901 tuvimos la satisfacción y la honra de ayudar al Sr. Moureau en la investigación del argón, recogiendo el nitrógeno y los gases que se desprenden en los manantiales de Panticosa, siguiendo la técnica usual para estas operaciones, y prefiriendo el manantial de San Agustín por la mayor facilidad para esta técnica, y por diferenciarse poco en su composición, como lo demuestra el adjunto cuadro comparativo, los tres manantiales del *Hígado, San Agustín* y *Estómago,* en los volúmenes de gases espontáneos en cien volúmenes de agua.

CUADRO COMPARATIVO

DE LA COMPOSICIÓN DE LOS CINCO MANANTIALES DE PANTICOSA

Análisis de los Sres. Sáenz Díez y Bonet, de la Universidad Central.

AÑO 1881

Hay en un litro de agua de	Hígado.	Herpes.	S. Agustín.	Estómago.	Purgante.
Sulfato cálcico	0,004018	0,009911	0,004529	0,001595	0,004050
— magnésico	0,001080	0,001620	0,001134	0,000972	0,001080
— potásico	0,004703	0,002110	0,007704	0,003717	0,003668
— sódico	0,032264	0,020788	0,007842	0,032988	0,044041
Carbonato cálcico	0,013812	0,008312	0,017319	0,012428	0,036675
— magnésico	0,000680	0,003997	0 002761	0,008452	0,001587
— ferroso	0,000812	0,000725	0,000331	0,000435	0,000388
— manganoso	0,000169	0,000083	0,000194	0,000026	»
— amónico	0,000240	0,001284	0,000179	0,001209	0,001044
— sódico	0,012190	0,015610	0,020278	0,012469	0,004381
Cloruro cálcico	0,000999	0,002220	0,000177	0,000888	0,000312
— magnésico	0,001881	0,000597	0,000467	0,001341	0,001500
— sódico	0,014346	0,009379	0,017157	0,014334	0,008392
— lítico	0,000027	0,000048	0,000052	0.000030	»
Silicato sódico	0,012639	0,006222	0,001967	0,005762	0,001716
— alumínico	0,001183	0,001730	»	0,004216	0,001599
Fosfato alumínico	0,000066	0,000037	0,000532	0,000041	0,000032
Nitrato amónico	0,000569	0,000800	0,000401	0,001560	0,001132
Sílice	0,005830	0,017500	0,026703	0,041177	0,027298
Materia orgánica	0,012812	0,010843	0,016393	0,013160	0,015661
SUMA SALES	0,120270	0,113800	0,126120	0,156800	0,154500
Densidad	1.000219	1,0000336	1,000186	1,000264	1,0000907
Temperatura	27°, 5 C.	25°, 5 C.	30° C.	31° C.	26° C.
Agua en 24 horas	12672 lits.	22580 lits.	9360 lits.	17772 lits.	25020 lits.
Acido sulfhídrico	»	»	»	0,00382	»

Gases disueltos en un litro de agua.

	Hígado.	Herpes.	S. Agustín	Estómago.	Purgante.
	Cents. cúbs.	*Cents. cúbs.*	*Cents. cúbs.*	*Cents. cúbs.*	*Cents. cúbs.*
Nitrógeno	20,74	16,64	15,07	17,78	16,26
Acido carbónico	0,42	0,74	0,53	0,33	0,44
Oxígeno	»	0,16	0,15	»	»
Gas sulfhídrico	»	»	»	1,77	»
Total	21,16	17,54	15,75	19,88	16,70

Gases espontáneos en 100 volúmenes.

	Hígado.	Herpes.	S. Agustín.	Estómago.	Purgante.
Nitrógeno	99,80	»	98,59	99,81	»
Acido carbónico	0,20	»	0,62	0,19	»
Oxígeno	»	»	0,79	»	»
Suma	100,00	»	100,00	100,00	»

He aquí la nota original del eminente químico francés: Hasta estos últimos años, casi no se habían señalado en las aguas minerales otros cuerpos gaseosos que el oxígeno, el ázoe, ácido carbónico, ácido sulfhídrico, hidrógeno y algunos hidrocarburos. Desde el brillante descubrimiento del argón, por Rayleigh y Ramsay (1894), los físicos y químicos han fijado su atención en los diversos manantiales gaseosos que se encuentran en la Naturaleza. Nosotros tenemos el honor de presentar á la Academia los resultados de nuestras investigaciones, sobre el gas del manantial de San Agustín, de Panticosa.

Sabido es que del grifo de cada uno de los manantiales de Panticosa, se escapan, de modo intermitente, burbujas más ó menos voluminosas de una mezcla gaseosa muy rica en ázoe (98,59 por 100 según Sáenz Díez y Bonet). Gracias al concurso, digno de agradecimiento, de los Sres. D. Antonio Espina y Capo y D. Eduardo Guruchari y Delauri, hemos podido recoger, con la autorización del señor Conde de la Viñaza, algunos litros de gas, completamente exento de aire (Agosto de 1901). He aquí brevemente expuesta, la marcha que hemos seguido en nuestras experiencias.

Un análisis ordinario fué hecho, desde luego, en la cubeta de mercurio. Se absorbió el ácido carbónico por medio de la potasa, y el oxígeno por el pirogallato de potasa. Estos dos gases estaban en muy débil proporción, y el resto presentaba los caracteres generales del ázoe.

El argón ó sus congéneres no pueden encontrarse más que en el ázoe restante. Se combinó el ázoe con el calcio, y el nuevo residuo se sometió al análisis espectral. Se practicó lo siguiente: el gas natural en bruto, había sido puesto en contacto durante bastante tiempo, primero con potasa hidratada y luego con potasa fundida; desembarazado de este modo del ácido carbónico, y perfectamente desecado, se calentó en seguida el rojo sombrío, en presencia de una mezcla íntima de cal anhidra (5 partes por 3 de magnesia bien seca) según el método de M. Maquena, mezcla que fijaba á la vez el ázoe y el oxígeno. Por fin se hizo el análisis espectroscópico en tubos de Plocker de electrodo de aluminio, con una presión de dos á tres milímetros de mercurio.

Cien volúmenes de gas natural tratados de este modo, dieron un residuo no absorbible de 1,2 que daban en el espectroscopio con gran limpieza las rayas características del argón.

Sacamos por conclusión que el gas del manantial de San Agustín, encierra en volumen 1,2 por 100 de argón; el resto está formado por ázoe, al que acompañan vestigios de oxígeno y de ácido carbónico.

Se discute mucho, hace algún tiempo, sobre la manera de obrar las aguas minerales en terapéutica. Es un problema complejo é importa conocer todos los datos. Tal es el objeto que ha inspirado este trabajo.»

El Sr. Puerta, después de felicitar al Sr. Espina por su Nota, dijo que en una de sus obras, publicada en 1896, había consignado que en las aguas de Panticosa era posible la existencia del Argón, y probablemente del Helio; que en el análisis de dichas aguas, que practicó en el año de 1889 en el mismo establecimiento, encontró 40 centímetros cúbicos de nitrógeno, en la Fuente del Hígado, y 38 ó 39 en las otras, y *silicato de sosa*, que las hace muy alcalinas, no hallando apenas oxígeno

ni ácido carbónico; y que en las análisis de los Sres. Sáenz Díaz y Bonet se asegura, que sólo disuelven 18 centímetros cúbicos de nitrógeno, no habiendo tenido en cuenta que, por la sobresaturación que se verifica en el interior de la tierra, pueden contener mucha mayor cantidad de dicho gas, como efectivamente sucede.

El Sr. Espina expuso las opiniones del difunto médico Director de Panticosa, Sr. Arnús, sobre los caracteres del nitrógeno que en dichas aguas se hallaba, y que creyó diferente del que por su mezcla con el oxígeno, constituye el aire atmosférico.

El Sr. Taboada, en vista de la gran importancia del asunto, y de que los médicos hidrólogos españoles habrían admitido los primeros la clase de *aguas nitrogenadas* en la *Taxonomía hidrológica,* pidió que la Nota leída quedara sobre la mesa, á fin de que pudiera discutirse en las sesiones próximas.

El señor Presidente así lo acordó.

El Sr. Sánchez Rubio empezó la lectura de la Biografía del Dr. D. Matías Nieto y Serrano, Marqués de Guadalerzas, que había redactado por encargo de la Academia.

Suspendida dicha lectura, y reanudado el debate sobre *Quistes hidatídicos*, pendiente desde el año anterior, se concedió la palabra

Al Sr. Ribera. Manifestó dicho señor Académico, que hasta el año de 1889 había observado pocos casos de *Quiste hidatídico;* pero que desde esa fecha los ha visto y operado en el cuello, órbita, paredes del vientre, hígado, páncreas, riñones, músculos y otros órganos y regiones.

Indicó los diferentes puntos de vista, todos importantes, desde los cuales podía considerarse tal estado morboso, fijándose especialmente en su localización, frecuencia, sintomatología, etiología, diagnóstico y tratamiento.

Refirió un caso de *Quiste hidatídico intra-hepático,* para cuya operación preparó, en las clínicas de esta Facultad, con arreglo al consejo de Réclus, los termo-cauterios, para evitar la hemorragia, cuyos instrumentos no funcionaban por lamentables deficiencias; abrió la cavidad abdominal y el quiste sin termo-

cauterio, y no sobrevino hemorragia alguna, que obligara al empleo de ligaduras, rellenos ú otros hemostáticos.

Transcurrido el tiempo reglamentario, se suspendió este debate, quedando el Sr. Ribera en el uso de la palabra para la sesión próxima, y levantándose la de hoy.

II

SESIÓN DEL 7 DE FEBRERO DE 1903

Después de leída y declarada conforme el acta de la anterior, se dió cuenta de las obras recibidas.

El Sr. Sánchez Rubio continuó la lectura de la Biografía del difunto Marqués de Guadalerzas.

Suspendida dicha lectura, y puesta á discusión la Nota del Sr. Espina sobre el «Argón en las aguas de Panticosa,»

El Sr. Taboada empezó declarando, que el asunto de que se trataba se halla en la actualidad en período constituyente; que desde hace tiempo se viene sospechando, que el nitrógeno del aire no es enteramente igual al que se obtiene en el Laboratorio; que el que se halla en las aguas minerales llena indicaciones especiales; y que el argón es más soluble en el agua que el nitrógeno, recibiendo el nombre que lleva por ser un cuerpo *inerte*, como el nitrógeno, ofreciendo, además, caracteres espectroscópicos especiales.

Añadió que el argón tiene poca aptitud para combinarse; parece indiferente á todas las reacciones; se acompaña del helio; se le ha encontrado en las aguas minerales de Inglaterra, Francia y en las nuestras de Panticosa, fuente de San Agustín, casi en las mismas condiciones que en el aire; y es de presumir que se halle en las demás aguas azoadas.

El Sr. Taboada trató después de la acción terapéutica de las aguas nitrogenadas en sus diversas categorías; de los secretos que tales acciones encierran; de lo que puede presumirse del

argón; de los efectos que con dichas aguas se obtienen en el tratamiento de las afecciones crónicas del aparato respiratorio, cada día más acreditados; y de la notable diferencia que existe entre la altitud de Panticosa y la de Caldas de Oviedo, cuyas aguas tienen, sin embargo, la misma acción.

Terminó manifestando, que el argón que acompaña al nitrógeno en las aguas minerales, debe gozar de propiedades sedantes; que en nuestro país las aguas minerales están más olvidadas que en ninguno; y que no deben descuidarse las investigaciones analíticas, á fin de ir aclarando los secretos que hoy existen en esta importantísima materia.

El Sr. Puerta insistió en cuanto había expuesto en la sesión anterior, y especialmente en que las aguas de Panticosa son muy alcalinas, por existir en ellas el *silicato de sosa;* creyendo que esa propiedad podrá tener más influencia que el argón en su acción terapéutica.

Habló después del Neón, Criptón y Genón, que se han considerado como polímeros del Nitrógeno y del Metargón, atribuído al fósforo empleado en las análisis del aire; recordó que el antiguo Médico-Director de Panticosa, Dr. Arnús, llamó *Termazote* al Nitrógeno de estas aguas, considerándole más activo que el ázoe ordinario; creyó que el Argón y el Helio son más inactivos que el Nitrógeno; y sostuvo que las aguas del Lozoya contienen Nitrógeno y Argón, puesto que en ellas se encuentra de 30 á 32 centímetros de aire por litro de agua.

El Sr. Espina, después de leer algunos datos referentes á la existencia del argón en las aguas minerales del extranjero, de los Pirineos franceses y de Panticosa, debidos al Dr. Moreau, hizo constar que, según este químico, el Argón se combina con el Calcio, añadiendo que en el Congreso Hidrológico de Biarritz, á que asistió, quedó admitida la clase de Aguas minerales Nitrogenadas; que la altitud de los establecimientos no era indiferente en el estudio de su acción terapéutica; que las aguas de Panticosa son eficacísimas en el tratamiento de las afecciones catarrales del aparato respiratorio, caracterizadas por alteraciones morbosas del tejido epitelial, y no por agentes parasitarios; y que igualmente son utilísimas en las predisposiciones

catarrales y en los catarros recidivantes, así de dicho aparato como de otras partes del organismo humano.

Transcurrido el tiempo reglamentario, se suspendió este debate y se levantó la sesión.

III

SESIÓN DEL 14 DE FEBRERO DE 1903

Abierta á la hora señalada, se leyó y declaró conforme el acta de la anterior, dándose cuenta de las obras recibidas.

El Sr. Compaired, Corresponsal, dió cuenta de un caso de *Epitelioma intranasal y de los senos*, en los siguientes términos:

«El día 11 de Abril de 1902 trajeron á mi consulta particular al enfermo D. José Paramio, natural de Helechosa de los Montes (Badajoz), de cuarenta y ocho años de edad, quien necesitaba del concurso de varios parientes, que le acompañaban, para trasladarse de un punto á otro, y para sostenerse en pie.

Tal era su estado, debido al terrible y constante dolor que sufría en la frente y raíz de la nariz, el cual, además, ni le dejaba apenas comer ni dormir desde hacía tres meses.

Desde cuatro años antes, según se me dijo, el enfermo acusaba sensación de estorbo en el interior de sus fosas nasales, impidiéndole asimismo respirar por ellas, y obligándole, por lo tanto, á hacerlo por la boca.

Un Médico de Talavera, parece ser que calificó entonces la afección intranasal de pólipos mucosos, extirpándole varios trozos. La mejoría fué insignificante durante unos días, tornando á sentirse con las mismas molestias que antes.

Al año siguiente le extirpó nuevamente varios otros trozos de tumoración, con igual resultado negativo, puesto que de día en día se veía precisado más imperiosamente á mantener abierta la boca, para poder respirar por ella.

Al mismo tiempo sentía un dolor *más vivo y constante* en la región frontal central—raíz de la nariz y porción correspondiente de los senos frontales,—echaba en más abundancia un pus fétido y sucio por las fosas nasales, perdía por completo el

olfato, y advertía que se le aumentaba de volumen la mejilla izquierda, cerrándose el ojo correspondiente, con el que, desde hacía quince días, no veía.

Los dolores, que siempre habían sido relativamente moderados y tolerables, se hicieron insufribles desde tres meses antes, impidiéndole dormir, atender á reflexiones ni á negocios que le distrajeran, y hasta comer lo casi indispensable para sostener su maltrecho organismo.

Por el reconocimiento ví en gran proliferación una masa tumorosa dura, abollada y desigual en su superficie, roja, ligeramente crepitante al corte, que *hacía irrupción* por ambas fosas nasales, hasta aparecer en ambos vestíbulos, rellenándolos y dilatándolos enormemente hasta distenderlos, preferentemente el de la fosa nasal izquierda, y haciendo imposible aun la penetración semiforzada de un estilete delgado, y por la cavidad naso-faríngea, *descendiendo por detrás de la úvula* y llenando también toda la cavidad mencionada, hasta próximamente la mitad de la faringe oral, pero sin mantener ninguna adherencia en dicha región, y sólo sí en la naso-faringe.

La exoftalmía y pérdida de la visión del ojo izquierdo; el abultamiento de la mejilla del mismo lado; los continuos y terribles dolores en la raíz de la nariz y frente, y el derrame purulento y fétido en extremo, que desde hacía mucho tiempo tenía por las fosas nasales (en los días en que yo le reconocí, habían casi desaparecido, á causa de hallarse cerrado el desagüe natural), me indicaron de una manera clara y categórica, que el tumor tenía cuatro prolongaciones indudables: naso-faríngea, naso-orbitaria, naso-etmoido-frontal y naso-maxilar izquierda, invadiendo por consiguiente la faringe, la órbita izquierda, las células etmoidales y senos frontales, y el seno maxilar izquierdo.

Y por otra parte, teniendo en cuenta la edad del enfermo, el curso seguido por la tumoración, y los caracteres objetivos unidos á los síntomas clínicos subjetivos acusados por el paciente, no vacilé ya, á primera inspección, en establecer el diagnóstico de epitelioma, y de los más malignos, temiendo casi *in continenti* la recidiva con sus fatales consecuencias, por cuya

razón no me mostré desde luego partidario de la operación total.

Mas estaba tan desesperado, á la par que tan abatido el enfermo, por efecto de su intensísimo y constante dolor, que como hemos ya consignado, ni le dejaba dormir ni casi comer desde hacía tres meses, que interpretando erróneamente mi negativa á practicarle ninguna intervención, advirtió á sus interesados y á mí mismo que se pegaba un tiro, si no se le operaba.

En esta situación, realmente desesperada, y esperando convencerle con una primera intervención en mi casa, para separar las prolongaciones que yo presumía, nasal, naso-faríngea y algo de la naso-etmoido-frontal, pues no contaba con poder llegar á quitar por completo esta última, y tampoco la naso-orbitaria ni la del seno maxilar izquierdo, le operé en mi clínica particular el 16 de Abril, ayudado del Dr. Redondo, y mediante el lazo frío, las pinzas de Laurens, cucharillas y demás instrumentos apropiados—sirviéndome como anestésico local y como preventivo de la hemorragia, ancha mano, de la cocaina asociada á la adrenalina,—le extirpé, repito, de ambas fosas nasales y de la cavidad naso-faríngea, enormes trozos que llegaron á pesar juntos la respetable suma de *ciento tres* gramos.

Al verse el enfermo tan desembarazado de parte de su tumoración, respirando bien por sus fosas nasales, disminuído el dolor de la mejilla y el de la frente, fué un acicate para que se le terminara de operar con el cloroformo lo antes posible, á fin, decía, de curarse pronto y marcharse al pueblo, puesto que, como le había afirmado yo desde el principio, tenía tumor por todas partes. Por ver si se conseguía convencerle, dejando pasar algún tiempo, y además para asesorarme del estado del fondo del ojo, le aconsejé se retratase y fuese á someterse á un reconocimiento oftalmoscópico por el Dr. D. Eduardo Reina.

Este distinguido oculista me envió la siguiente nota, resultado de su reconocimiento: «Su recomendado, José Paramio, presenta en su ojo izquierdo las siguientes alteraciones:

»1.ª Cierto grado de exoftalmía.

»2.ª Edema ligero subconjuntival.

»3.ª Paresia completa del 3.º, 4.º y 6.º par izquierdo (ojo inmóvil).

»4.ª Paresia oftalmoplégica interna.

»5.ª Amaurosa completa, tanto para la visión cuantitativa como para la cualitativa.

»6.ª El examen oftalmoscópico acusa isquemia arterial, aumento de volumen de las venas y extasis venoso.

»Estas alteraciones, así como la tumoración que se presenta en el ángulo interno del ojo derecho, son debidas á la lesión alta de las fosas nasales (de las células etmoidales y pared interna de las órbitas), y son principalmente de origen mecánico, por la propagación á la órbita del tumor ó lesión nasal.»

No hubo más remedio que acceder á las reiteradas instancias y súplicas del paciente, y no sin advertir á sus interesados que le acompañaban, del temor á una reproducción en plazo más ó menos lejano, me decidí á intervenir en serio.

Al efecto, instalado aquél en la Casa de Salud de Nuestra Señora del Rosario, cloroformizado por el Dr. Redondo y ayudado de los Dres. Traver, Tapia y Martín, y con la presencia del Dr. Bouthelier y otros varios señores médicos, procedí á abrir ambos senos frontales, las células etmoidales anteriores y el seno maxilar del lado izquierdo, poniendo en *amplia* comunicación dichos senos y fosas nasales, mediante la extracción de enormes masas tumorosas, que se esparcían por todas partes, invadiéndolo todo, incluso ambas órbitas—más la izquierda,—y por cuyas regiones había determinado el neoplasma terribles lesiones, hasta el punto que, al finalizar tan laboriosa, prolongada y terrible operación, más que senos y comunicaciones entre sí, parecía aquello *una oquedad* irregular, deforme y espantosa.

El total de neoplasia extirpada, *que pudo pesarse*, sumando la de ambas operaciones, ascendió á 233 gramos.

En el seno frontal derecho me encontré con una prolongación tumoral, que *había perforado ampliamente* el hueso, penetrando en plena mansión craneana, disecando la dura-madre y metiéndose en una profundidad de unos tres centímetros hacia la base del cráneo, con una anchura de uno y medio, y por cuyo hueco, después que extraje todo el tumor allí encaja-

do, *introduje mi dedo índice derecho* hasta cerca de su articulación metacarpo-falangiana.

Al abrir el seno maxilar, lo encontré lleno de pus, además de masas tumorosas, allí retenido aquél por hallarse ocluídas en absoluto por el tumor las salidas naturales del antro, pus que exhalaba un olor nauseabundo y fétido en extremo.

Limpié cuidadosa y minuciosamente toda la superficie cruenta; raspé enérgicamente, después de limpio, hasta del menor vestigio del pus infecto existente en el seno maxilar; cautericé *el todo* con disolución de cloruro de zinc al 20 por 100, y suturé la herida.

No sobrevino fiebre, y al desaparecer los fenómenos post-clorofórmicos de una tan prolongada intervención — tres horas próximamente, —el enfermo estaba maravillado de encontrarse tan bien.

Los lavados á través de las fosas nasales de *todos los senos* completaron la curación, cicatrizándose la extensa herida cutánea en doce ó trece días, sin quedar señal muy marcada.

El enfermo marchó, pues, á su pueblo, cicatrizada la herida operatoria, y continuando sus lavados intranasales con disolución acuosa de formalina al 5 por 100 en agua hervida; y no he vuelto á saber de él.

¿Se habrá reproducido la neoplasia? Seguramente, y con la reproducción habrá sobrevenido la muerte; pero por el momento el enfermo comió, durmió, respiraba por sus fosas nasales y se marchó bastante regenerado, física y moralmente, sin aquejar el menor dolor.

Hecho el análisis histológico por el Dr. Tapia, comprobó el diagnóstico establecido.

Véase, al efecto, lo que el mismo Doctor dice textualmente en su informe, advirtiendo que remití para su examen restos tumorales en tres épocas diferentes, es á saber: antes de la primera intervención en mi casa, un pequeño trozo de la cavidad naso-faríngea, extraído con el fin analítico; después de la primera operación todo lo extirpado, y, finalmente, lo extraído de la segunda y última operación en la Casa de Salud:

«El día 15 de Abril se terminó el análisis de un pequeño

trozo de tejido, extraído de la cavidad naso-faríngea por el Doctor Compaired, y en él encontramos una trama fundamental, constituída por infinidad de hacecillos conectivos, separados unos de otros, limitando pequeñas oquedades, rellenas de una materia granulosa (mucina precipitada), que destaca muy bien con la hematoxilina. Vense también algunas células estrellades con largas expansiones, y bastantes vasos rodeados de multitud de leucocitos emigrantes.

»En algunos parajes los hacecillos conectivos se aprietan de tal modo, que hay campos de arquitectura típica de fibroma.

»La total trama, descrita someramente, se halla revestida por una capa excesivamente gruesa de epitelio parimentoso estratificado, pero sin lobulaciones ni globos epidérmicos: cosas ambas buscadas con exquisito cuidado, por ser muy sospechoso tal espesor del revestimiento.

»De lo expuesto se dedujo que se trataba de un mixofibroma. Pero haciendo hincapié en el espesor del tejido epitelial, se señaló la conveniencia de nuevo análisis con trozos mayores de neoplasia.

»El 16 de Abril volvió á remitir el Dr. Compaired 103 gramos procedentes de las fosas nasales, y otros 130 extirpados á los dos días, también de las fosas, y de los senos frontales y maxilar izquierdo, que en junto hacen un total de 233 gramos.

»Sometidos varios trozos á la fijación, induración, etc., se observó en todos ellos que la capa epitélica de revestimiento, muchísimo más espesa que la del primer análisis, penetraba profundamente en el espesor de la trama descrita anteriormente, formando *gruesos conos con globos epidérmicos*.

»Tales caracteres no permitían dudar: se trataba de *un epitelioma posimentoso con globos epidérmicos*.

»Pero lo que en el caso presente había que estudiar, eran los hechos siguientes: ¿Comenzó este neoplasma siendo epitelioma? En caso negativo, ¿es posible la transformación de un tumor de tipo conjuntivo en un epitelioma? No puede contestarse á la primera pregunta porque faltan análisis del comienzo de la enfermedad. Y en cuanto á la segunda, tal vez después de pensarlo bien, pudiera decirse que la capa epitelial que cu-

bre las neoformaciones de las fosas nasales y faringe, á fuerza de estímulos y excitaciones prolíferas, también activamente y en sujeto viejo, donde el equilibrio entre lo conjuntivo y lo epitelial está roto, con seguro predominio de este último tejido, su proliferación vence, y el neoplasma adquiere los caracteres del epitelioma.

»¿No será acaso éste el mecanismo de rápida malignidad en tumores largo tiempo estacionados?

»Por lo demás, nunca las células conjuntivas se tornan epiteliales.»

Aun cuando subsiste todavía la duda etiológica de los tumores malignos, creo con el Dr. Bourgeois (*Les tumeurs malignes primitives des fosses nasales*, Thése de París, núm. 288, Abril de 1902) que puede aceptarse la influencia causal del traumatismo, de las inflamaciones crónicas, y, si se quiere, hasta de la sífilis, en lo que se refiere á las neoplasias de las fosas nasales.

En nuestro enfermo se halla, al parecer, plenamente evidenciada la influencia causal del traumatismo y las sucesivas inflamaciones locales consiguientes, en relación con la edad y predisposición individual del enfermo, toda vez que en un principio fué diagnosticado, no una, sino dos veces, de pólipos mucosos, en enfermedad nasal, por un distinguido médico, diagnóstico que, sin temor á equivocarme, me atrevo á afirmar que estuvo hecho á perfección suma.

¿Se cree que pretendo con esto defender la transformación de los tumores benignos en tumores malignos? Nada de eso; pero sí que, cual también lo indica el precitado Dr. Bourgeois, la preexistencia de tumores benignos podría, preferentemente en las fosas nasales, constituir una especie de *atractivo* para verificarse el ulterior desarrollo de un neoplasma maligno.

La historia clínica de los tumores malignos primitivos de las fosas nasales puede dividirse en tres estadios ó períodos: 1.°, el estado de corizas y de epístaxis, que domina el período primero ó inicial; 2.°, el estado de obstrucción nasal, caracterizado por una sensación de tensión intranasal, acompañado de cefaleas, de anosmia y á veces hasta de sordera ó de alteraciones del oído de otra índole; y 3.°, el estado de las complicaciones, en

que el tumor crece y crece, invadiendo y desorganizando tejidos y órganos vecinos.

La evolución es más ó menos rápida, pero de todos modos teniendo siempre un pronóstico total por necesidad.

Es, por esta razón, y por lo adelantado de su desarrollo (la precocidad del diagnóstico es la que en casos tales puede salvar la vida del paciente), por lo que desde un principio me negaba con evasivas á operar este enfermo, transigiendo únicamente ante dos consideraciones: 1.ª, ante el estado de desesperación lógica en que se encontraba, por efecto del dolor tan exageradamente terrible, que decía sentir, y que le impedía, desde hacía tres meses dormir y casi alimentarse, sumiéndole en un estado de debilidad y de intolerancia grandes; y 2.º, ante la problemática perspectiva de conseguirle un bienestar relativo, tanto en lo referente al dolor cuanto en facilitarle una amplia respiración nasal, que le permitiera vivir el tiempo que tardara en reproducirse el neoplasma, por aquello de que un minuto de vida, es vida. ¿Hice bien? Creo que sí.»

El Sr. Sánchez Rubio continuó la lectura de la biografía del señor Marqués de Guadalerzas.

Suspendida esta lectura, y reanudado el debate sobre *Quistes hidatídicos*,

El Sr. Ribera, que se hallaba en el uso de la palabra, empezó manifestando que había observado unos *65 casos de quistes hidatídicos*, de los cuales 15 pertenecían al grupo de los externos, ó de las partes blandas, y 50 al de los viscerales; siendo más difícil el diagnóstico de los primeros que el de los segundos.

Aseguró que los quistes externos no tienen ningún síntoma característico, pues el *estremecimiento hidatídico* falta casi siempre, y lo mismo la fluctuación, porque ordinariamente son tensos los tumores; citando un caso, en que creyó que se trataba de *quiste sebáceo en el ángulo interno del ojo*, y resultó quiste hidatídico; y otro que parecía un *tumor maligno ó sarcoma*, y la operación demostró igualmente la existencia de un *quiste hidatídico*. En las mamas y en las masas musculares ha encontrado abultamientos que creía lipomas, y eran quistes hidatídicos.

Dió cuenta de una úlcera del antebrazo, que se creyó de índole sarcomatosa, y al operarla salieron hidatides.

El Sr. Ribera añadió, que de los 50 quistes viscerales, 2 fueron pleurales, 38 hepáticos (la mayoría interiores), 2 ó 3 del bazo alguno del riñón, viéndose obligado á ejecutar la nefrotomía, y otros de los ligamentos anchos. En una joven de diez y seis años diagnosticó un bocio, y halló quistes hidadíticos del cuerpo tiroides.

Insistió en las dificultades que ofrece el diagnóstico de los quistes hidatídicos, y en los servicios que las intervenciones quirúrgicas prestan para aclarar tal juicio clínico; refiriendo la observación de una joven de veinte años, con lesiones avanzadas del corazón, en la que se presumió un quiste hidatídico del lóbulo izquierdo del hígado, y practicada la laparotomía, se encontró quiste del páncreas.

Dió también cuenta de otro caso, que recayó en una niña de diez á doce años, con un tumor abdominal, que se diagnosticó primero de quiste y después de cáncer del hígado; la cual falleció á consecuencia de viruela, viéndose en la autopsia que se trataba de un quiste hidatídico de la pleura. La misma lesión se encontró en un enfermo, trasladado de la Clínica Médica de esta Facultad á la Quirúrgica, con el diagnóstico de *pleuresía supurada*.

Citó á continuación otro interesante hecho, que consistió en *quiste hidatídico* y *cáncer del hígado*, en el que ocurrió la muerte á las cuarenta y ocho horas de hecha la punción.

El Sr. Ribera opinó, que cuando un enfermo de tumor abdominal se encuentra ágil y fuerte, debe pensarse en que padece de *quiste*, y no de otra neoplasia; y refirió una observación, en que la existencia de un tumor en el epigastrio, los trastornos digestivos intensos y el dolor hicieron pensar en un *cáncer*; habiéndose hallado un quiste del lóbulo cuadrado del hígado, y después otro del epiploon.

Comunicó otro caso, que consistió en quistes hidadíticos que llenaban toda la cavidad de la pelvis, algunos tan voluminosos, que fué dificilísima su extirpación. A los tres años se presentó de nuevo la enferma con eventración operatoria, y en

la cicatriz se halló un *quiste*, que era, sin duda, un ingerto post-operatorio.

Trató seguidamente de los *quistes supurados*, en que las dificultades y errores de diagnóstico no son menores. Citó la observación de una joven de diez y siete años, afectada de grippe intensa, á cuya terminación se presentó abultamiento en la región hepática, con dolores intensos. Creyóse que había un absceso en el hígado, pero abierto el foco morboso, salieron *vesículas* y *pus*, resultando un quiste supurado. En otro individuo, afectado de fiebre tifoidea, se observó abultamiento del hígado á la terminación, diagnosticándose de absceso; pero practicada la laparotomía media, se halló primero un quiste en la *cola del páncreas*, que se extirpó, y después un absceso intrahepático, que se abrió, saliendo durante mucho tiempo gran cantidad de bilis, y cerrándose la herida en cuanto se suprimió el desagüe.

Transcurrida la hora reglamentaria, se suspendió este debate, quedando el Sr. Ribera en el uso de la palabra, y levantándose la sesión.

IV

SESIÓN DEL 21 DE FEBRERO DE 1903

Después de leída y declarada conforme el acta de la anterior, se dió cuenta de las obras recibidas.

El Sr. Espina comunicó un caso de *esofagotomía*, pràcticado por el Dr. Isla en el Hospital General de esta Corte, en un niño de siete años, que se tragó, hace catorce días, una moneda de 5 céntimos, la cual empezó á molestar á los seis días, produciéndole disfagia; y cuya moneda se reconoció claramente con la radiografía, de que presentó una prueba.

Describió la operación, manifestando que se hallaron algunas dificultades para extraer la moneda, y que el niño se encuentra en el estado más satisfactorio.

Añadió que ha hecho ya tres radiografías con el mismo motivo; que en el Congreso de Radiografía de Berna se citaron

hasta 14 casos; que la cestilla de Grœfe ofrece graves inconvenientes, y debe desecharse, porque con ella se obra á ciegas, conociendo dos casos desgraciados; y que la esofagotomía es fácil de ejecutar en todos los casos, debiendo merecer la preferencia para la extracción de los cuerpos extraños que se detienen en el esófago.

El Sr. Ustáriz sostuvo, que debe procederse con gran mesura, no apelando á la esofagotomía sino en los casos absolutamente necesarios, y cuando hayan sido inútiles las manipulaciones adecuadas, con las cuales se consiguen á veces brillantes resultados.

El Sr. Cervera se mostró de acuerdo con las opiniones del Sr. Ustáriz, respecto á la necesidad de agotar todos los recursos disponibles, antes de apelar á la esofagotomía.

Refirió un caso de su práctica, ocurrido hace veinticuatro años, en que un sujeto se tragó media dentadura, que se clavó en el esófago por un garfio, que en ella se encontraba, siendo ineficaz la cestilla de Grœfe, y apelándose á la esofagotomía, que dió el resultado apetecido. Otra operación análoga practicó en un niño, que se tragó un pito, provisto de un garfio, y que no pudo extraerse de otro modo.

Terminó manifestando, que cuando los cuerpos extraños alojados en el esófago no tienen punta, ó son romos, puede aguardarse más, apelando á diversos procedimientos; que en todo caso ha de empezarse por los medios sencillos; y que en las esofagotomías hay siempre el peligro de la infección, pudiendo desarrollarse flegmones gangrenosos del cuello.

El Sr. Cortejarena creyó que debía darse la preferencia á los medios más suaves, y citó el caso de una señora que se tragó un hueso, el cual se extrajo fácilmente con una pinza curva uterina; y el de un niño que, en Portugalete, se tragó una judía, extraída también con suma facilidad.

El Sr. Espina dijo: que hay casos en que no puede pasar la cestilla de Grœfe, y que deben prevenirse, apelando á la esofagotomía con oportunidad, los trastornos que puedan ocasionar los cuerpos extraños.

El Sr. Ribera manifestó: que lo primero era diagnosticar la

clase de cuerpo extraño que se ha tragado, citando el caso de un joven, que deglutió un pedazo grande de carne, el cual pasó al estómago al hacer un reconocimiento con la sonda; y otro en que, por flegmón del cuello, ocasionado por un cuerpo puntiagudo, se vió obligado á abrir el esófago y el absceso.

Añadió que hay casos en que el cirujano no debe empeñarse en sacar por las vías naturales los cuerpos extraños, porque ocasionaría esofagitis más ó menos graves; que cuando existe el peligro de que se dañen las paredes del esófago, podrá procederse á incindir este órgano; y que en las esofagotomías hay siempre el peligro de la infección.

El Sr. Ustáriz dijo: que la esofagotomía ofrece á veces dificultades, y que no puede compararse en facilidades con la sangría; citando el caso de un niño, que se tragó una pieza de 5 céntimos, la cual arrojó con el vómito, determinado por la introducción del dedo para la explosión de la faringe.

El Sr. Cervera insistió en el peligro de la infección, cuando se practica la sección del esófago, reconociendo que la operación en sí no es de las difíciles; creyó que lo esencial era averiguar la posición del cuerpo extraño, para elegir el procedimiento adecuado; y recordó que, antes de emplearse la radioscopia, se hacían muy bien esta clase de diagnósticos.

Suspendido este debate, y reanudado el de los *Quistes Hidatídicos*, se concedió la palabra al

Sr. Ribera, que se propuso hablar del tratamiento, dando por concluído lo que se refería al diagnóstico.

Expuso un caso de quiste hidatídico del peritoneo, en que practicó la laparotomía y la extirpación, muriendo el enfermo á las tres horas por colapso; y otro, que recayó en un enfermo de la Clínica Médica, en que se hizo la punción con aspiración del líquido, sobreviniendo una pleuresía ó peritonitis, que puso en peligro la vida del paciente.

Dijo después que, sosteniendo la división de los quistes en externos é intracavitarios, debían también distinguirse los viscerales del vientre de los del peritoneo; que en los de esta membrana, el mejor procedimiento es la extirpación, y que en los

quistes intrahepáticos resultan fístulas biliares, que deben preocupar al profesor.

Refirió el caso observado en el Hospital de Niños, que recayó en uno de once años, afectado de tumor del vientre, diagnosticado de *quiste hidatídico del hígado*. Practicada laparotomía media, se vió que el quiste se hallaba localizado en el borde anterior del hígado, no pasando de un centímetro el espesor de la lámina hepática que contenía la base. Se extirpó la membrana adventicia; se reunieron las dos incisiones de la base; el enfermo tuvo algunos cólicos hepáticos febriles, y á los siete ú ocho días salió restablecido del Hospital.

Otro niño, que ocupaba una cama de la sala de distinguidos de dicho Hospital, fué operado de un quiste del hígado por *punción*, saliendo unos 500 gramos de líquido. Hizo sutura profunda; se presentaron después cólicos hepáticos y fiebre pasajera, y antes del mes el enfermito recibió el alta.

En un enfermo de la Clínica de Patología general, de treinta y tantos años de edad, que diagnosticó de *quiste hidatídico*, hizo laparotomía y sutura simple, no cerrando por completo la herida. Sobrevino fiebre de supuración, y practicada una larga incisión entre la octava y la novena costillas, salió gran cantidad de pus; restableciéndose el operado.

En otro enfermo de la Clínica, que padeció de fiebre tifoidea, se hizo el diagnóstico de absceso del hígado. Practicada laparotomía media, se encontraron quistes, que se vaciaron, y hecha una incisión entre la octava y la novena costillas con hepatotomía, salió gran cantidad de pus; alcanzándose un resultado enteramente satisfactorio.

A continuación dió noticia el Sr. Ribera de otra observación de quiste hidatídico, que recayó en un niño. Hecha la laparotomía, se hallaron quistes en la cabeza del páncreas, onento gastro-hepático é hígado; habiéndose empleado en éstos los cuatro procedimientos de sutura con éxito satisfactorio.

En otro enfermo de quiste hidatídico del lóbulo cuadrado del hígado, se extirpó el quiste y se hizo la sutura correspondiente; y á los pocos meses hubo que hacer lo mismo en el mencionado sujeto con un quiste del epliploon.

En un niño de doce años practicó la laparotomía y la extirpación, con motivo de un bazo dislocado con quistes hidatídicos.

En otro niño, con quiste hidatídico en el borde anterior y en la cara cóncava del hígado, incindió el tejido hepático; suturó directamente por dentro de la cavidad quística con tres puntos, quedando herméticamente cerrada; y á los pocos días hubo necesidad de abrir el vientre, saliendo gran cantidad de pus.

Al tratar de los casos en que debe practicarse la sutura, la extirpación y la marsupilización, se suspendió este debate, por haber transcurrido el tiempo reglamentario, quedando en el uso de la palabra el Sr. Ribera, y levantándose la sesión.

V

SESIÓN DEL 28 DE FEBRERO DE 1903

Abierta á la hora señalada, leída y aprobada el acta de la anterior, se dió cuenta de las obras recibidas.

El Sr. Codina llamó la atención de la Academia acerca de los resultados de una autopsia, practicada en el Hospital general.

Tratábase de una enferma, diagnosticada de hemorragia cerebral, con hemiplegia consecutiva y arterio-esclerosis, localizada en el corazón y en los pulmones, y que presentó como síntomas notables una sed muy intensa, poliuria y enflaquecimiento, sin glucosa en la orina.

Muerta por los progresos de su afección principal, se encontró en la autopsia ateroma de la arteria silviana del lado derecho y reblandecimiento del tálamo óptico del mismo lado; y en el vientre un tumor, blanco, adherido á la vejiga biliar y al duodeno, resistente, duro, que no contenía líquido, y que estaba repleto de vesículas quísticas.

Los señores Académicos examinaron el mencionado tumor.

Reanudado el debate sobre el caso de esofagotomía, expuesto en la sesión anterior,

El Sr. Espina, autor de la comunicación, leyó las opiniones de los Dres. Sevileau y Gross sobre dicha operación; los cua-

les aseguran: que en los niños menores de ocho años la extrema dilatación del esófago, representada por 25 milímetros, corresponde á las monedas de 5 céntimos; que la cestilla de Grœfe es un instrumento peligroso; que hay que apelar á la radiografía y á la radioscopia, para llegar al diagnóstico de los cuerpos extraños, de su situación y condiciones; y que la esofagotomía precoz tiene dos ventajas: no producir trastornos en los niños, y evitar la peri-esofagitis y el reblandecimiento de las paredes del órgano.

Añadió el Sr. Espina, que las flegmasías del esófago y de sus alrededores pueden ser la consecuencia de haber retrasado la intervención operatoria; que el esófago es órgano de pocas anomalías y recto, no debiendo temerse la lesión de vasos ó nervios importantes; que las monedas y demás cuerpos extraños constituyen un peligro constante; que la esofagotomía es muchas veces urgente, y siempre fácil de ejecutar; y que cuando fracasan los medios suaves y sencillos, debe apelarse á esta operación, cuidando de la alimentación por medio de la sonda esofágica.

Expuso una estadística de 57 esofagotomías, y leyó la tercera conclusión de Gross, en que recomienda que se averigüe la posición, naturaleza y condiciones del cuerpo extraño, para resolver si ha de hacerse desde luego la esofagotomía, ó aplazarla para más adelante.

El Sr. Ustáriz dijo: que la esofagotomía no podía compararse con la sangría, en facilidad de ejecución y resultados satisfactorios, como se había afirmado; que no negaba, ni siquiera ponía en duda, la importancia de la radiografía en el caso de que se trataba, como en todos los análogos, si bien sostenía la existencia de otros medios é instrumentos operatorios, que citó; que debe evitarse siempre la infección, por el peligro que entraña; que el corto número de esofagotomías practicado en el largo plazo de setenta años, prueba que no se apela á dicha operación con gran frecuencia; y que sólo debe emplearse tal recurso terapéutico, cuando el cuerpo extraño obture por completo el esófago, dificultando ó impidiendo la deglución y la respiración, y si fuere cortante, determinando heridas ú otras lesiones.

El Sr. Cervera aseguró que en estas materias, como en todas, piensa y se decide con arreglo á su propio criterio, sin dejar de conocer el extraño; que la radiografía no es el único medio de diagnóstico, no pudiendo apelarse á él en todas las localidades y circunstancias; y que el valor de dicho medio explorativo es limitado, como sucede en los derrames pleuríticos, en que no se logra á veces la salida del líquido derramado con los procedimientos quirúrgicos, á pesar de los más perfectos radiogramas, por el engrosamiento de la pleura y localizaciones extrañas; citando en comprobación de sus asertos hechos de su práctica.

Añadió que la esofagotomía debe practicarse cuando esté indicada, y no en toda ocasión; que las disposiciones anatómicas pueden variar, constituyendo á veces un verdadero peligro; que cada caso tiene su individualidad, por las numerosas circunstancias que le acompañan; y que la estadística es un *convencionalismo más*, pues con ella se demuestra cuanto se quiere, amoldándola á los fines y deseos de cada uno de los observadores.

En prueba de lo mucho que se extravía la opinión, citó el cáncer del útero, que se ha pretendido curar, primero con la sección del cuello uterino, después con la extirpación de todo el órgano, llegando por fin á los ganglios; y lo cierto es que el cáncer no le cura la Cirugía, aunque se extiendan y profundicen las separaciones de las partes orgánicas.

El Sr. Compaired, Corresponsal, manifestó que aunque no había tenido ocasión de ejecutar la esofagotomía, había seguido en París la práctica de Sevileau; debiendo ventilarse, según su opinión, dos importantes cuestiones: el diagnóstico y el tratamiento.

Respecto al diagnóstico, reconoció la importancia y necesidad de la radiografía; citando, sin embargo, un caso en que M. Sevileau abrió el esófago, no encontrando la moneda que buscaba, por haber descendido al estómago; añadiendo que en cuanto transcurre algún tiempo, se enquistan las monedas y demás cuerpos extraños, pudiendo permanecer así hasta ocho ó diez meses; y que hoy puede apelarse á la esofagoscopia de

Kilian, extrayendo, si es preciso, el cuerpo extraño con la pinza ó gancho que contiene.

Después habló el Sr. Compaired del tratamiento, opinando que se debe empezar por medios suaves; que el cestillo de Grœfe es perjudicial, citando un caso en que se rompió, siendo necesario apelar á la esofagotomía con un doble objeto; que cuando han transcurrido algunos días sin poder extraer el cuerpo extraño por medios suaves, debe apelarse á la incisión del esófago; y que de las heridas operatorias, unas se curan por primera intención y otras con ligera infección, cuando no se omiten la antisepsia y la asepsia, y se practica la alimentación con la sonda esofágica.

Transcurrida la hora reglamentaria, se levantó la sesión.

VI

SESIÓN DEL 7 DE MARZO DE 1903

Abierta á la hora señalada, leída y declarada conforme el acta de la anterior, se dió cuenta de los impresos recibidos.

El Sr. Sánchez Rubio terminó la lectura de la biografía del señor Marqués de Guadalerzas.

El Sr. Gómez Ocaña hizo después uso de la palabra para comunicar un caso notable de *Supervivencia, después de la doble y simultánea sección de los dos troncos pneumogástricos en el cuello;* y dijo:

«Asistido por la autoridad de los fisiólogos y cirujanos, y fundado en experimentos propios, afirmé, hace dos años, en esta Academia, que la muerte era el breve término de la doble y simultánea sección de los dos nervios pneumogástricos en el cuello. Muchas veces he visto morir los animales en las primeras veinticuatro horas, sin dar lugar á lesiones apreciables en los pulmones ni en el corazón. También pueden morir los perros, según mis experimentos, á consecuencia de la sección del pneumogástrico en un solo lado.

Pues bien, señores: los hechos que me llevaron á la afirmación antes mencionada, oblíganme hoy á rectificarme ante vos-

otros. Os presento como testimonio un perro mastín, que sufrió hace diez y nueve días, la doble y simultánea sección de los troncos nerviosos vago-simpáticos en el cuello.

Trataba de demostrar ante mis alumnos, los efectos vaso-constrictores, vaso-dilatadores y óculo-pupilares de la excitación de los cabos centrales de los dichos troncos; y como son muchos los discípulos, hubo que repetir varias veces la excitación en uno y otro nervio. Los efectos observados fueron los clásicos que refieren Dastri y Morat: palidez en la mitad de la lengua; enrojecimiento de la mitad de las encías y bóveda palatina; dilatación de la pupila y propulsión del globo del ojo: todo en el lado de la excitación.

En los días siguientes el animal ofreció también el cuadro sintomático descrito por los autores: del lado del simpático, contracción de la pupila (por haber quedado sin antagonista el motor ocular común); hundimiento del globo ocular y congestión del tercer párpado; del lado del pneumogástrico, aceleración del ritmo del corazón (por falta de freno), y rareza de los movimientos respiratorios (por falta de espuelas del centro respiratorio bulbar); ronquera, accesos de sofocación (por parálisis del recurrente) y vómitos.

La relación de los ritmos cardiaco y respiratorio, que es en el perro, como en el hombre, de 1 á 4, se elevó á 1 por 25 en el quinto día después de la operación. No tuvo fiebre más que un día; pero los síntomas eran tan graves, que esperábamos que el perro muriera. Por fortuna, no se confirmó nuestro pronóstico: el corazón y los movimientos respiratorios recobraron su ritmo normal, disminuyó la congestión, y hoy no ofrece el animal otros recuerdos de la operación que los vómitos (que no le impiden alimentarse, porque vuelve á comer), la ronquera y una ligera contracción pupilar.

¿Se han soldado los nervios que se cortaron, y restablecido la vía nerviosa natural, ó ha sido suplida por otra? La rapidez del restablecimiento hace más probable la primera hipótesis; pero cualquiera que sea la solución, que la futura autopsia dé á esta notabilísima historia experimental, me inclino á creer que en las lesiones del pneumogástrico, más que la falta de su función

natural, mata la función patológica que dicho nervio puede ejercer.»

Los señores Académicos examinaron el animal á que se refiere la precedente comunicación.

Nota.—El perro sigue viviendo á las fechas en que esto se escribe (veintiséis días después de la operación).

El Secretario que suscribe leyó la siguiente Nota sobre la Constitución Médica reinante en esta Corte durante la estación de invierno, que acaba de terminar:

«En nombre de la Comisión de Efemérides, á que tengo el honor de pertenecer, voy á someter á la consideración de la Academia algunas observaciones sobre la Constitución Médica de la estación de invierno última, á fin de cumplir deberes reglamentarios, y de no olvidar una noción, cuyo estudio y cultivo son tan necesarios y fecundos en la Medicina práctica, principal objetivo de la rama de los conocimientos humanos, á que consagramos nuestros afanes y desvelos.

La estación de otoño, que la precedió, y que según la escuela hipocrática, da tono y carácter á la Constitución Médica anual, se distinguió por una temperatura suave en su primera mitad, y por un descenso notable de la columna termométrica en la segunda quincena de Octubre, señalando 0° en muchas mañanas, y siendo las lluvias copiosas y abundantes. Reinaron especialmente los afectos catarrales y reumáticos, endocarditis y pericarditis, infecciones intestinales, algunos casos de fiebres tifoideas, tos ferina en los niños, y algunos enfermos de sarampión, escarlatina y difteria; congestiones viscerales, hemorragias y meningitis. El elemento periódico fué menos frecuente de lo que ordinariamente ocurre en esta Corte, y no dejaron de registrarse casos de muerte repentina. En los animales domésticos se observaron afecciones catarrales, hidrofobia en los perros, y viruela en el ganado lanar.

Con dichos antecedentes empezó la estación de invierno, que según la antigua división adoptada por el Observatorio Astronómico de esta Corte, y á la que se acomodó siempre la Comisión de Efemérides en sus trabajos, comprende los tres meses de Diciembre, Enero y Febrero, los cuales ofrecen las condicio-

nes meteorológicas propias de la estación más fría y triste del año.

Durante dichos meses, la presión atmosférica ha sido más elevada que baja, estando representada la mayor altura barométrica por 723 milímetros y la menor por 685; la temperatura máxima fué de 21°, y la mínima de 3; habiendo soplado los vientos de todos los cuadrantes, con predominio de los de NO. y SO.

Los elementos morbosos predominantes en dichos meses han sido el catarral, el reumático y el gripal, ó catarral-reumático. Así es que se han observado fiebres catarrales y gripales, de los tipos continuo é intermitente, anginas, laringitis y bronquitis, congestiones pulmonales y neumonías, catarros gastro-intestinales, nefritis, conjuntivitis y otitis.

El reumatismo ha ofrecido numerosas manifestaciones en los tejidos muscular y nervioso, habiéndose observado muchos tortícolis, lumbagos, pleurodinias y neuralgias.

Especialmente en Enero, se ha presentado gran número de casos de afecciones gripales, con fiebre de tipo periódico irregular, y localización en el aparato respiratorio, en el corazón y en los riñones; llamando la atención los vértigos y colapsos cardiacos, las congestiones y flegmasías de los riñones, las anurias y las poliurias.

El sarampión se ha observado con bastante frecuencia, sobre todo en el segundo mes del invierno, y no han dejado de presentarse complicaciones, consistentes en fiebres de tipo periódico, laríngeo, bronquitis y neumonías. La escarlatina y la difteria han dado escaso contingente á la patología reinante.

En los niños han sido frecuentes los accidentes cerebrales, congestivos ó flegmásicos, ocasionando no pocas defunciones; se han visto enfermos de hemorragias pulmonales y cerebrales, y muy pocos de fiebre tifoidea.

Los padecimientos crónicos del pulmón y del corazón y las diversas localizaciones de la arterio-esclerosis han sufrido notable exacerbación, ocasionando defunciones; y también han ocurrido muertes repentinas por angina del pecho, colapso cardiaco, hemorragia cerebral y síncopes.

En los solípedos han sido frecuentes las afecciones catarrales de la nariz, laringe, bronquios, pulmones é intestinos, y las nefritis y cistitis, con uremia y retención de orina.

La mortalidad fué menor de lo que suele suceder en esta Corte en la estación de invierno, en los meses de Diciembre y Enero, y en Febrero excedió en 36 á la que correspondió á igual mes del año de 1902.

En Diciembre murieron 1.111 personas, cifra inferior en 583 á la del mismo mes de 1901.—Las enfermedades causantes de la muerte fueron: fiebre tifoidea, 14; viruela, 2; sarampión, 29; escarlatina, 3; coqueluche, 4; difteria y crup, 5; grippe, 8; tuberculosis pulmonar, 108; meningitis tuberculosa, 14; otras tuberculosis, 14; tumores cancerosos, 42; meningitis simple, 78; congestión y hemorragia cerebrales, 58; reblandecimiento cerebral, 6; cardiopatías, 89; bronquitis aguda, 106; bronquitis crónica, 47; bronco-neumonia y neumonía, 97; diarrea y enteritis en niños de dos años en adelante, 21; afecciones puerperales, 10; debilidad congénita, 7; senectud, 12; suicidios, 1; otras causas de defunción, 305.

Las defunciones en el mes de Enero han sido 1.551, ocasionadas por las siguientes dolencias: fiebre tifoidea, 6; viruela, 5; sarampión, 42; escarlatina, 2; coqueluche, 4; difteria y crup, 7; grippe, 19; tuberculosis, 157; enfermedades del sistema nervioso, 155; del aparato circulatorio, 119; del respiratorio, 499; del digestivo, 99; del génito-urinario, 33; septicemia puerperal y otros accidentes puerperales, 5; vicios de conformación, 50; vejez, 23; muertes violentas, 15, y otras enfermedades, 314.—Proporción, 28,7 por 1.000 en la mortalidad.

En el mes de Febrero han muerto 1.416 personas, de las siguientes dolencias: sarampión, 60; viruela, 9; fiebre tifoidea, 8; grippe, 43; tuberculosis, 132 (de cuya cifra, 102 corresponden á la tuberculosis del pulmón); enfermedades del aparato respiratorio, 651, de las cuales 191 han sido pulmonías, 194 bronquitis agudas y 62 crónicas; meningitis, 94; congestiones y derrames cerebrales, 78.—En este mes el aumento de defunciones fué ocasionado por viruela, grippe y sarampión.

La terapéutica empleada ha consistido en diaforéticos, pre-

parados químicos, antiespasmódicos, anodinos, cardiacos, revulsivos, baños calientes, antirreumáticos, y en algunos casos emisiones sanguíneas.

El baño general caliente ha prestado valiosos servicios en los estados gripales con localización en los riñones, y especialmente en las supresiones de la secreción urinaria, que no han dejado de observarse; habiéndose logrado, merced á tal modificador, el restablecimiento de la función renal y la modificación favorable de la uremia.

También han sido muy útiles para combatir manifestaciones nefríticas ó cardiacas de los estados gripales, las inyecciones hipodérmicas de suero artificial, de aceite alcanforado, de éter y de cafeina.

La mayor intensidad de la Constitución Médica Gripal correspondió al tercer mes del invierno; los enfermos fueron numerosos, y las defunciones frecuentes, con especialidad por localizaciones en el aparato respiratorio, en el cerebro y en el centro circulatorio.

Notabilísimas observaciones hemos recogido en la presente Constitución Médica, que tiene de estacional y de estacionaria. La ciencia ha triunfado en muchos casos, pero en no pocos ha sido vencida, probándonos una vez más la limitación de nuestro saber, y la necesidad de que persistamos nuestros estudios é investigaciones.

Nada más interesante que la dilucidación de los numerosos y difíciles problemas que surgen del estudio de las enfermedades debidas á las condiciones meteorológicas reinantes, porque tales estados morbosos son los que á diario hemos de combatir y los que ocasionan la gran mayoría de las defunciones.

La Academia prestará un gran servicio á la humanidad, no olvidando estas materias, que tantas veces ha discutido, que siempre parecen nuevas, y cuyas dificultades nadie se atreverá á poner en duda.»

Reanudado el debate acerca del caso de esofagotomía, expuesto en la sesión anterior por el Sr. Espina, y previa la necesaria autorización de la Academia, hizo uso de la palabra

El Sr. Isla, Académico numerario electo. Recordó los anté-

cedentes del caso, y añadió que el niño en cuestión ingresó en el Hospital el 16 del pasado Febrero, observándose en él mal olor del aliento, disfagia, dolor á lo largo del esófago, abultamiento del cuello, abatimiento y fiebre.

Comprobada la existencia del cuerpo extraño por dos radiografías, ejecutó la esofagotomía clásica, sin otras particularidades que la de haberse visto obligado á practicar dos ligaduras en la yugular, interna é incindir 4 centímetros del esófago.

Extraída la moneda, se suturó con catgut, y se prescribió dieta absoluta, alimentándose al niño con sangre en lavativas durante cuarenta y ocho horas. Al tercer día se le dió leche con la sonda esofágica, introducida por la boca, cuatro veces al día; y al octavo, el operado bebió por sí la leche, sin usar de la sonda.

El Sr. Isla añadió, que al siguiente día de la operación se vió obligado á destruir la sutura del esófago, dejando abierta la herida; que á los quince suprimió la sonda esofágica, para introducir el alimento, y que á los veinte el operado se hallaba enteramente restablecido.

El Sr. San Martín estimó como notables las dos circunstancias, de haber sido necesaria la ligadura de la vena yugular interna, quizá por condiciones de edad, y la facilidad con que se vió el nervio recurrente.

Expuso dos casos, referentes á afecciones ó lesiones de la región y órgano de que se trataba. El primero corresponde á un joven de veintitantos años, robusto, que un día le despertó para que le auxiliara, con voz ronca, cuello abultado y un cuerpo extraño en el esófago, que era una pieza dentaria artificial, encajada en la cavidad esofágica. Con los dedos y una pinza larga logró extraer la pieza, siguiéndose una gran hemorragia, que creyó, por la primera impresión, que fuera ocasionada por rotura de la arteria carótida, no resultando así, por fortuna. Continuó la hemorragia por algún tiempo, y el enfermo se restableció rápidamente.

El otro caso consistió en una estrechez del esófago, de manifestaciones muy extrañas y variadas, que le obligó á practicar la gastrotomía. Muerto el operado, se halló en la autopsia

el estómago atrofiado, y en el esófago una fístula, que comunicaba con el mediastino y con una cavidad pleurítica, donde se hallaron dos litros de líquido, que se depositaban en dicha cantidad, en lugar de dirigirse al estómago.

Transcurrida la hora reglamentaria, se suspendió este debate; quedando el Sr. San Martín en el uso de la palabra para la sesión próxima, y levantándose la de hoy.

VII

SESIÓN DEL 14 DE MARZO DE 1903

Se abrió á la hora señalada, y después de leída y aprobada el acta de la anterior, se dió cuenta de los impresos recibidos.

El SECRETARIO que suscribe leyó la siguiente Nota bibliográfica:

«Resumen de las Observaciones meteorológicas efectuadas en la Península y algunas de sus Islas adyacentes durante los años de 1897 y 1898, ordenado y publicado por el Observatorio de Madrid», es el título de un libro que ha recibido la Academia del mencionado establecimiento oficial, y que se ha impreso en esta Corte en el año de 1902.

Consta de 374 páginas en 4.°, va precedido de Introducción y de dos Coordenadas geográficas de las Estaciones Meteorológicas, y se divide en dos partes, una de las cuales contiene las Observaciones de 1897 y la otra las de 1898.

Del cuadro correspondiente á los Coordenadas geográficas, merece atención la altitud de diversas estaciones meteorológicas, que ha sido rectificada en los últimos años, como consecuencia de los estudios y publicaciones del Instituto Geográfico. En dicho cuadro, Avila figura como la capital que se halla á mayor altura, que es á 1.100 metros sobre el nivel del mar; siguiendo Soria, á 1.065; Segovia, á 1.005; Teruel, á 919; Burgos, á 860; Salamanca, á 811; Valladolid, á 715; Granada, á 689; Albacete, á 686; Madrid, á 655; Jaén, á 575; Laguna de Tenerife, á 506; Huesca, á 504; Pamplona, á 463; Oviedo, á 244; Badajoz, á 190; y Orense, á 141.—El Real Si-

tio del Escorial tiene una altitud de 1.027 metros; la estación de «La Vid,» de los Padres Agustinos, 959; Cazorla, 820; Aranda de Duero, 805; Toro, estación de los Padres Escolapios, 755; Orduña, de los Padres Jesuitas, 303; y Santiago, 271.

Las principales observaciones meteorológicas referentes al año de 1897 son las siguientes:

San Sebastián: altura barométrica media, 762, y oscilación, 36; temperatura media, 14,6; máxima, 33; mínima, —4; oscilación extrema de temperatura, 37; humedad relativa media, 76; vientos dominantes, NO. y S.; lluvia total, 1.296, y días de lluvia, 150.

Bilbao: presión media, 763,5, y oscilación extrema, 37,1; temperatura media, 15; máxima, 37; mínima, —2,2; oscilación extrema del calor, 39,2; humedad relativa media, 68; vientos, NO., E. y SE.; lluvia total, 1.004, y días de lluvia, 157.

La Coruña: altura barométrica media, 762, y oscilación extrema, 45,1; temperatura media, 13,8; máxima, 33,6; mínima, —2; oscilación extrema de temperatura, 35,6; humedad relativa media, 76; vientos, N. y SO.; lluvia total, 646, y días de lluvia, 117.

Pontevedra: presión media, 763,1, y oscilación, 45,1; temperatura media, 14,7; máxima, 39,9; mínima, —2,1; oscilación extrema de temperatura, 42; humedad relativa media, 75; vientos, S. y O.; lluvia total, 1.596, y días de lluvia, 150.

Oviedo: altura barométrica media, 742, y oscilación, 41,8; temperatura media, 13,2; máxima, 32,6; mínima, —2; oscilación extrema de temperatura, 34,6; humedad relativa, 75; vientos, NE. y SO.; lluvia total, 1.284, y días de lluvia, 120.

Orense: presión media, 751, y oscilación, 43; temperatura media, 15,5; máxima, 42,9; mínima, —8,5; oscilación extrema de temperatura, 51,4; humedad relativa media, 66; vientos, S., SE., N. y NO.; lluvia total, 567, y días de lluvia, 128.

Sevilla: altura barométrica media, 763, y oscilación extrema, 26; temperatura media, 20,5; máxima, 46,8; mínima, 0—2; oscilación extrema de temperatura, 46,6; humedad relativa media, 57; vientos, S., O. y NE.; lluvia total, 616, y días de lluvia, 59.

Málaga: presión media, 760, y oscilación extrema del barómetro, 27; temperatura media, 19,1; máxima, 39; mínima, 8,2; oscilación extrema de temperatura, 35,8; humedad relativa media, 62; vientos, S., E., N. y O.; lluvia total, 508, y días de lluvia, 30.

Cartagena: altura media del barómetro, 762, y oscilación extrema del mismo, 33; temperatura media, 17,4; máxima, 33,2; mínima, 0,4; oscilación extrema de temperatura, 32,8; humedad relativa media, 69; vientos, S., N., E.; lluvia total, 191, y días de lluvia, 25.

Murcia: presión media, 758,7, y oscilación barométrica extrema, 32,8; temperatura media, 19,2; máxima, 42,9; mínima, —0,2; oscilación extrema de temperatura, 43,1; humedad relativa media, 66; vientos, SO.; lluvia total, 273, y días de lluvia, 46.

Alicante: altura barométrica media, 760,6, y oscilación extrema, 30,9; temperatura media, 19,3; máxima, 40; mínima, 0,6; oscilación extrema de temperatura, 39,4; humedad relativa media, 82; vientos, N. y E.; lluvia total, 488, y días de lluvia, 31.

Valencia: presión media, 761,7, y oscilación extrema, 36,3; temperatura media, 17,9; máxima, 36,2; mínima, 0; oscilación extrema de temperatura, 36,2; humedad relativa media, 72; vientos, E. y SE.; lluvia total, 824, y días de lluvia, 83.

Palma de Mallorca: altura barométrica media, 761,4, y oscilación, 35; temperatura media, 18; máxima, 35,8; mínima, 1,6; oscilación extrema de temperatura, 32,2; humedad relativa media, 69; vientos, SO. y N.NE.; lluvia total, 437, y días de lluvia, 62.

Barcelona: presión media, 759, y oscilación, 36; temperatura media, 17,3; máxima, 36; mínima, —3,3; oscilación extrema de temperatura, 39,3; humedad relativa media, 73; vientos, S. y O.; lluvia total, 642, y días de lluvia, 63.

Huesca: altura barométrica media, 719,8, y oscilación extrema, 30,8; temperatura media, 14,2; máxima, 37,5; mínima, —8,5; oscilación extrema de temperatura, 46; humedad

relativa media, 71; vientos, N.NO. y SE.; lluvia total, 431, y días de lluvia, 67.

Zaragoza: presión media, 741,8, y oscilación extrema, 32; temperatura media, 15; máxima, 39; mínima, —6; oscilación extrema de temperatura, 45; humedad relativa, 65; vientos, N. y O.; lluvia total, 201, y días de lluvia, 56.

Pamplona: altura barométrica media, 723, y oscilación extrema, 34; temperatura media, 13; máxima, 37,6; mínima, —6,5; oscilación extrema, 44,1; humedad relativa, 69; vientos, N. y O.; lluvia total, 519, y días de lluvia, 113.

Soria: presión media, 672, y oscilación extrema, 30,8; temperatura media, 11,4; máxima, 33,4; mínima, —8,4; oscilación extrema de temperatura, 41,8; humedad relativa media, 64; vientos, SO. y N.NE.; lluvia total, 428, y días de lluvia, 71.

Burgos: altura barométrica media, 690, y oscilación, 31; temperatura media, 10,6; máxima, 34,3; mínima, —7,5; oscilación extrema de temperatura, 41,8; humedad relativa media, 71; vientos, N. y E.; lluvia total, 400, y días de lluvia, 77.

Valladolid: presión media, 702, y oscilación, 36; temperatura media, 12,2; máxima, 36; mínima, —9; oscilación extrema de temperatura, 45; humedad relativa media, 82; vientos, NE. y SO.; lluvia total, 277, y días de lluvia, 79.

Salamanca: altura barométrica media, 6,95, y oscilación extrema, 30; temperatura media, 13; máxima, 39; mínima, —6,2; oscilación extrema de temperatura, 45,2; humedad relativa media, 72; vientos, N.NO. y S.; lluvia total, 205, y días de lluvia, 75.

Avila: temperatura media, 11,7; máxima, 36; mínima, —9; oscilación termométrica extrema, 45; humedad relativa media, 58; vientos, N.NO. y S.—No consta la presión, ni los días de lluvia, ni la lluvia total.

Segovia: altura barométrica media, 678, y oscilación, 31,9; temperatura media, 12,4; máxima, 36; mínima, —8,6; oscilación extrema de temperatura, 44,6; humedad relativa media, 57; vientos, O. y NO.; lluvia total, 422, y días de lluvia, 100.

Teruel: presión media, 685, y oscilación extrema, 32; temperatura media, 13; máxima, 38,8; mínima, —11; oscilación ter-

mométrica extrema, 49,8; humedad relativa, 84; vientos, N.NO. y S.; lluvia total, 451, y días de lluvia, 53.

Madrid: altura barométrica media, 707, y oscilación, 32; temperatura media, 14,4; máxima, 38,5; mínima, —5,8; oscilación extrema de temperatura, 44,3; humedad relativa, 75; vientos, NE. y NO.; lluvia total, 509, y días de lluvia, 82.

Albacete: presión media, 704, y oscilación, 31; temperatura media, 15,3; máxima, 37,8; mínima, —8,7; oscilación extrema de temperatura, 46,5; humedad relativa media, 65; viento dominante, O.; lluvia total, 415, y días de lluvia, 61.

Badajoz: altura barométrica media, 745, y oscilación extrema, 29; temperatura media, 17,9; máxima, 42,5; mínima, —4; oscilación extrema de temperatura, 38,5; humedad media, 68; vientos, NO. y NE.; lluvia, 396, y días de lluvia, 53.

Jaén: presión media, 714,9, y oscilación extrema, 29; temperatura media, 17,9; máxima, 41,8; mínima, —2; oscilación extrema de temperatura, 43,8; humedad relativa media, 56; vientos, N. y NO.; lluvia total, 525, y días de lluvia, 62.

Laguna de Tenerife: altura barométrica media, 718, y oscilación, 20; temperatura media, 16,8; máxima, 42; mínima, 2,3; oscilación extrema del termómetro, 39,7; humedad relativa media, 73; vientos dominantes, N. y S.; lluvia total, 659, y días de lluvia, 67.

Respecto á las observaciones del año de 1898, consignaremos los siguientes datos:

San Sebastián: altura barométrica, 762 milímetros, y 42 de oscilación; temperatura media anual, 14,5; máxima, 35,4; mínima, —2; oscilación extrema, 37,4; humedad relativa media, 75; dirección dominante del anemómetro, N.NO.; lluvia total, 1.202, y días de lluvia, 151.

Bilbao: presión media, 763,5, y oscilación extrema, 42,8; temperatura media, 14,6; máxima, 41,1; mínima, —2; oscilación extrema de la temperatura, 43,1; humedad relativa media, 69; dirección del viento, N.O.; lluvia total, 894, y días de lluvia, 139.

La Coruña: altura barométrica media, 761,8, y oscilación extrema, 39; temperatura media, 13,1; máxima, 28,3; mínima,

0; oscilación extrema, 28,3; humedad relativa media, 76; viento dominante, N.; lluvia total, 506, y días de lluvia, 89.

Pontevedra: altura media del barómetro, 763, y oscilación extrema, 39,4; temperatura media, 14; máxima, 38,1; mínima, —2,9; oscilación extrema del calor, 41; humedad relativa media, 73; vientos, SO.-N.; lluvia total, 1.041, y días de lluvia, 106.

Oviedo: presión media, 742, y oscilación barométrica extrema, 42; temperatura media, 12,4; máxima, 34,8; mínima, —3,4; oscilación extrema de temperatura, 38,2; humedad relativa media, 75; vientos, N. y E.; lluvia total, 766, y días de lluvia, 123.

Sevilla: altura barométrica media, 762,9, y oscilación extrema, 32,2; temperatura media, 19,7; máxima, 48; mínima, 1,2, y oscilación 46,8; humedad relativa media, 64; vientos, NE. y O.SO.; lluvia total, 343, y días de lluvia, 46.

Málaga: presión media, 759,8, y oscilación extrema, 30,7; temperatura media, 18,2; máxima, 37,4; mínima, 6, y oscilación de temperatura, 43,4; humedad relativa media, 63; vientos, S. y E.; lluvia total, 6,17, y días de lluvia, 46.

Cartagena: presión media, 761, y oscilación barométrica extrema, 39; temperatura media, 17,7; máxima, 33,8; mínima, 2; oscilación extrema del calor, 31,8; humedad relativa, 67; vientos, NE. y E.; lluvia total, 143, y días de lluvia, 40.

Murcia: altura barométrica media, 758, y oscilación extrema, 36; temperatura media, 18; máxima, 45; mínima, 0,6; oscilación extrema, 42,4; humedad relativa, 67; vientos, S. y O.; lluvia total, 328, y días de lluvia, 48.

Alicante: presión media, 759, y oscilación extrema, 33; temperatura media, 18,7; máxima, 36,2; mínima, 3, y oscilación extrema, 33,2; humedad, 85; vientos, N. y E.; lluvia total, 449, y días de lluvia, 37.

Valencia: altura barométrica media, 761, y oscilación, 36; temperatura media, 17,2; máxima, 33; mínima, 2,8, y oscilación, 35,8; humedad, 70; vientos, E. y O.; lluvia total, 655, y días de lluvia, 65.

Barcelona: presión media, 758, y oscilación, 38; temperatu-

ra media, 16,4; máxima, 33,4; mínima, 0,04, y oscilación, 33; humedad relativa, 70; viento, O.; lluvia total, 611, y días de lluvia, 70.

Palma de Mallorca: presión media, 760, y oscilacion, 37; temperatura media, 17,6; máxima, 35,4; mínima, 3,4, y oscilación extrema de temperatura, 32; humedad, 69; vientos, N., S. y O.; lluvia total, 778, y días de lluvia, 89.

Huesca: presión media, 719, y oscilación extrema, 34; temperatura media, 13,8; máxima, 39; mínima, —5; oscilación extrema de temperatura, 44; humedad relativa, 61; vientos, N. y O.; lluvia total, 488, y días de lluvia, 60.

Zaragoza: altura barométrica media, 742, y oscilación extrema, 40; temperatura media, 14,3; máxima, 38,6; mínima, —4,4; oscilación extrema de temperatura, 53; humedad relativa, 62; vientos, NO. y SE.; lluvia total, 233, y días de lluvia, 53.

Pamplona: presión media, 723, y oscilación extrema, 40; temperatura media, 12,9; máxima, 38,9; mínima, —5,2; oscilación extrema de temperatura, 44,1; humedad relativa, 68; vientos, N. y O.; lluvia total, 470, y días de lluvia, 101.

Soria: altura barométrica media, 672, y oscilación extrema, 34,2; temperatura media, 11,1; máxima, 34,2; mínima, —6,1; oscilación extrema, 40,4; humedad relativa, 65; viento dominante, N.; lluvia total, 400, y días de lluvia, 66.

Burgos: presión media, 690, y oscilación extrema, 30; temperatura media, 10,4; máxima, 37,5; mínima, —8,3; oscilación extrema de temperatura, 45,8; humedad relativa, 71; vientos, N. y E.; lluvia total, 418, y días de lluvia, 64.

Salamanca: altura barométrica media, 694, y oscilación extrema, 34,4; temperatura media, 12,4; máxima, 37,8; mínima, —6; oscilación de temperatura, 43,8; humedad relativa, 74; vientos, S. y SE.; lluvia total, 168, y días de lluvia, 70.

Avila: temperatura media, 10,9; máxima, 36; mínima, —6; oscilación extrema, 42; humedad relativa, 57.—No consta la presión, ni los vientos, ni la lluvia total, ni los días de lluvia.

Segovia: altura barométrica media, 677; y oscilación extrema, 34; temperatura media, 11,8; máxima, 38,6; mínima,

—7; oscilación extrema de temperatura, 45,6; humedad relativa, 56; vientos, N., NO. y SO.; lluvia total, 471, y días de lluvia, 96.

Teruel: presión media, 684, y oscilación extrema, 34; temperatura media, 12,6; máxima, 39,1; mínima, —7,8; vientos dominantes, N. y S.; lluvia total, 448, y días de lluvia, 59.

Madrid: altura barométrica media, 707, y oscilación extrema, 36,7; temperatura media, 138; máxima, 41,2; mínima, —4,3; oscilación de temperatura, 45,5; humedad relativa, 52; vientos, NE. y SO.; lluvia total, 285, y días de lluvia, 74.

Albacete: presión media, 704, y oscilación extrema, 32,6; temperatura media, 14,5; máxima, 39,4; mínima, —3,5; oscilación extrema de temperatura, 42,9; humedad relativa, 62; vientos, NO. y S.; lluvia total, 409, y días de lluvia, 60.

Jaén: altura barométrica media, 714, y oscilación extrema, 30,6; temperatura media, 17,3; máxima, 44,6; mínima, 0; oscilación extrema de temperatura, 44,6; humedad relativa, 62; viento dominante, N.; lluvia total, 812, y días de lluvia, 93.

Granada: presión media, 704, y oscilación extrema, 32,4; temperatura media, 16,2; máxima, 38,2; mínima, 2,9; oscilación extrema de temperatura, 35,3; humedad relativa, 61; dirección dominante del viento, E.; lluvia total, 419, y días de lluvia, 79.

Laguna de Tenerife: altura barométrica media, 718, y oscilación extrema, 16,9; temperatura media, 16,6; máxima, 39,8; mínima, 3; oscilación extrema de temperatura, 36,8; humedad relativa, 74; viento dominante, N.; lluvia total, 631, y días de lluvia, 64.

Tales son, en el más breve resumen, los principales datos meteorológicos correspondientes á los años de 1897 y 1898, que contiene el libro últimamente publicado por el Observatorio de esta Corte. Con ellos se sanciona una vez más el concepto, admitido como axiomático, de las radicales variaciones que el clima de la Península ibérica ofrece en sus diversas regiones, y las notables diferencias que en las mismas se observan, con especialidad en la presión atmosférica, temperatura, humedad, vientos reinantes, lluvia total y días de lluvia.

Así vemos, por ejemplo, refiriéndonos al último de los años en cuestión, ó sea, al de 1898, que la presión mínima, de 672 milímetros, se observó en Soria, y la máxima, de 763, en Bilbao y Pontevedra, con una oscilación extrema de 34 y 44.

La temperatura media más elevada fué la de Sevilla, de 19°,7; siguiendo Alicante, con 18,7; Málaga, con 18,2, y Murcia, con 18. Y las temperaturas medias más bajas fueron las de Burgos, representada por 10,4; Avila, por 10,9; Soria, por 11,1, y Segovia, por 11,8.

El calor máximo, de 48°, se registró en Sevilla; siguiendo Jaén, con 44,6; Murcia, con 43; Madrid, con 41,2; Teruel, Laguna de Tenerife y Albacete, con 39, y Zaragoza, Pamplona, Segovia, Pontevedra y Granada, con más de 38.

La temperatura mínima más baja se observó en Burgos, y fué de —8°,3; siguiendo Teruel, con —7,8; Segovia, con —7, y Soria, Salamanca y Avila, con —6. La mayor temperatura mínima ha sido de +6° en Málaga; +3,4 en Palma de Mallorca; +3 en Alicante y Laguna de Tenerife; 2,9 en Granada; 2,8 en Valencia; 2 en Cartagena, y 1,2 en Sevilla.

La oscilación más alta de la temperatura ha ocurrido en Zaragoza, llegando á 53; siguen Teruel, con 46,9; Málaga, con 46,8; Burgos, con 45,8; Segovia, con 45,6; Madrid, con 45,5; Jaén, con 44,6; y Pamplona y Huesca, con más de 44. La menor oscilación termométrica se observó en Palma de Mallorca, con 32.

En punto á *Humedad relativa media*, la mayor cifra ha correspondido á Alicante, con 85, y siguen después La Coruña, con 76, y San Sebastián y Oviedo, con 75; observándose la menor humedad relativa en Soria, con 40,4; Madrid, con 52; Segovia, con 56, y Avila, con 57.

En San Sebastián cayó la mayor cantidad de agua de lluvia, que se representó por la cifra de 1.202; siguió Pontevedra, con 1.041; Bilbao, con 894; Jaén, con 812; Palma de Mallorca, con 778; Oviedo, con 766; Málaga, con 617, y Barcelona, con 612.—En Cartagena fué donde llovió menos, figurando la lluvia total con 143; siguiendo Salamanca, con 168; Zaragoza, con 233; Madrid, con 285, y Murcia, con 328.

Los días de lluvia fueron: 151 en San Sebastián; 139 en Bilbao; 123 en Oviedo; 106 en Pontevedra; 101 en Pamplona; 96 en Segovia; 93 en Jaén; 89 en La Coruña y en Palma de Mallorca, y 79 en Granada. Alicante es la población que tuvo menos días de lluvia, puesto que fueron 37; siguen Cartagena, con 40; Sevilla y Málaga, con 46; Murcia, con 48; Zaragoza, con 53, y Teruel, con 59.

Comparados los años de 1897 y 1898, se ve que el primero fué más frío y lluvioso que el segundo. Así es que la temperatura mínima fué en Teruel de —11 en 1897; en Valladolid y Avila, de —9, y en otros puntos, de —8 y de —7; y la mayor cantidad de lluvia correspondió á Pontevedra, con 1.596 milímetros; siguiendo San Sebastián, con 1.296, y Oviedo, con 1.284.

Todo lo expuesto prueba que los datos meteorológicos recogidos en nuestra Península y algunas de sus islas adyacentes en los años de 1897 y 1898, son de verdadero interés para el conocimiento del clima de España, y, por lo tanto, para los diversos fines que persigue el instituto de nuestra Academia, relacionados directa é inmediatamente con la Higiene, la Patología y la Terapéutica, y en mayor amplitud y extensión con cuestiones y problemas de la mayor transcendencia Antropológica, Sociológica, Higiénica y Médica.»

Reanudado el debate sobre el caso de *esofagotomía*, expuesto en sesiones anteriores, continuó su interrumpido discurso

El Sr. San Martín. Advirtió, ante todo, que la radiografía tiene entre sus limitaciones, la localidad, puesto que hay sitios en que no puede practicarse; otras en que deben preferirse los medios de llegar á tocar los cuerpos extraños, y después la esofagoscopia, con la cual pueden extraerse dichos cuerpos por las vías naturales, en tanto que la radiografía sólo revela una sombra, cuya significación ha de discernirse.

Añadió que cuando la esofagoscopia no ha dado el resultado que se espera, y antes de apelar á la radiografía, deben emplearse las sondas ordinarias, y especialmente la rígida de acero con botón, que á veces es también insuficiente, como cuando se trata de piezas de dentadura artificial.

Citó el caso de una Hermana de la Caridad, que en un acceso epileptiforme creyó haberse tragado una dentadura artificial, y que reconocida por Krönlein, valiéndose de la sonda, dicho cirujano juzgó que se hallaba la pieza en la parte inferior del esófago. Se hizo la esofagotomía inferior, y no se encontró el cuerpo extraño, que luego se vió en uno de los rincones de la habitación.

Respecto á *tratamiento*, el Sr. San Martín dijo: que debía diferenciarse la porción cervical de la torácica, y que en la primera ha de atenderse á las condiciones de cada caso, intentándose, en primer término, la extracción por las vías naturales, por medio de los dedos, y especialmente del índice y del anular, bastando á veces una sencilla maniobra.

Refirió la observación de una joven extremeña, de quince años de edad, que se le presentó, hace quince años; la cual creía haberse tragado un hueso de mamífero, que no se demostró por ningún medio exploratorio, incluso el laringótomo. Practicada la esofagotomía, se tomó el asta mayor del hioides como cuerpo extraño; convenciéndose, por fin, de que se había tratado de una manifestación del bolo histérico, y no de objeto alguno deglutido.

A los seis años, y en una lesión por arma de fuego, con esputos sanguinolentos y accesos de sofocación, efecto de la implantación de una bala en la laringe, se tomó también el asta mayor del hioides por el proyectil; y cerrada la herida, el cuerpo extraño fué arrojado al cabo de algunos meses, en un acceso de tos, habiendo sido infructuosas las operaciones que primero se practicaron.

Sostuvo que en todos los casos debe intentarse la extracción de los cuerpos extraños por las vías naturales, apelando á la esofagotomía cuando no den resultado tales tentativas, á la manera de lo que se hace en las hernias estranguladas; que la esofagotomía se halla en la mitad de las operaciones más graves, pudiendo compararse en dificultades con la flebotomía de la yugular; y que Billroth sólo ha tenido ocasión de practicar ocho esofagotomías; Krönlein, seis; otros cirujanos, tres, cuatro ó dos, y Sevileau, mayor número, si bien es lo cierto que

en los últimos siete años ha aumentado poco el número de dichas operaciones.

El Sr. San Martín consignó que de todos los operados por Krönlein, uno murió á los ocho días por hemorragia de la tiroidea inferior del lado derecho, que era el opuesto al de la operación, y otro estuvo á punto de sucumbir por hemorragia de la tiroidea superior; y que en estos actos quirúrgicos hay siempre temores de infección, aunque el esófago resista mucho la acción de los cuerpos extraños.

Llamó la atención acerca de la probabilidad de que vayan aumentando de día en día los cuerpos extraños del esófago, por la mayor frecuencia de las piezas postizas de la boca, especialmente las de pequeñas dimensiones y sin paladar; creyendo que debía señalarse cuál era la mejor dentadura artificial, y publicarse una cartilla higiénica que evite tales riesgos.

Trató después de la esofagotomía torácica, sosteniendo que si con la cervical no puede extraerse desde luego el cuerpo extraño, no debe insistirse mucho, apelando á la abertura del estómago, para llegar al cardias y al esófago con los dedos, la mano, las sondas, esponjas introducidas por la boca ó por el estómago, ó con otros medios.

Citó el caso de Richardson, ocurrido en 1887, que consistió en una dentadura artificial, que estuvo nueve meses implantada en el esófago; y siendo inútiles las tentativas que se ejecutaron, abrió dicho cirujano el estómago, llegó al cardias, que dilató con las manos, y á una distancia de cinco centímetros pudo coger con los dedos dicha pieza, que logró extraer. Morton observó un enfermo análogo, con una pieza de dentadura implantada sobre el cardias durante año y medio; habiendo empleado la dilatación y extraído el cuerpo extraño, y ocurriendo la muerte por infección peritoneal.

Habló á continuación de los huesos de frutas y de las piedras, que pueden detenerse en el esófago, fijándose especialmente en los huesos de los albaricoques, que exigen á veces la gastrotomía y otros medios, entre los cuales se hallan, como se ha dicho, la introducción de la mano y de los dedos, ó de sondas ó de una esponjita, dirigida de la boca al estómago, ó al contrario.

El Sr. San Martín expuso los inconvenientes que puede ofrecer la introducción de la mano por el estómago; la diversa significación del abultamiento del cuello; la diferencia que existe entre la susceptibilidad del esófago cervical y la del torácico, siendo la del primero mucho mayor, por los importantes órganos que contiene, y que pueden hallarse comprometidos; lo difícil que es evitar la infección peritoneal, y la necesidad de que, cuando se abra el estómago, se apele á pinzas ó á otros medios auxiliares, ó solamente á los dedos, más fáciles de desinfectar que toda la mano, siguiendo los estudios é inspiraciones de Wills, así para el diagnóstico como para la terapéutica.

Discurrió, por último, acerca de la esofagotomía en la cavidad torácica, que es un gran problema quirúrgico, hasta ahora desgraciado; figurando en primer lugar el peligro del neumotórax, que puede obligar á suspender la operación, y además las hemorragias y lesiones de órganos importantes.

Terminado el discurso del Sr. San Martín, y transcurrido el tiempo reglamentario, se levantó la sesión.

VIII

SESIÓN DEL 21 DE MARZO DE 1903

Leída y declarada conforme el acta de la anterior, se dió cuenta de los impresos recibidos.

El Sr. Codina presentó una enferma, afectada de diplopia del lado izquierdo, que fué examinada por los señores Académicos.

Dijo después que se trataba de una joven de diez y siete años, que el 4 de Febrero del actual empezó á sentir dolores de cabeza continuos, sordos, que se exageraban por tarde y noche; y que á la semana siguiente se agregaron vómitos matutinos y vértigos, que la dificultaban la progresión, tristeza y propensión al llanto, diplopia, dolor á lo largo de los huesos de la extremidad torácica izquierda y hormigueo en los dedos, con especialidad en el puigar.

Los padres viven, gozando de perfecta salud; la madre ha te-

nido once hijos y ningún aborto; la enferma es de pocas carnes, presenta decaimiento físico é infarto en los ganglios inferiores del cuello; menstrúa con regularidad desde el mes de Diciembre último; los dolores de la extremidad torácica se exacerbaban por la presión, y los vómitos se hicieron más frecuentes, observándose á la media hora de todas las comidas, sin dolores ni alteración de los alimentos. Los vértices pulmonales se hallaban en estado normal; el pulso era depresible y latía de ochenta á ochenta y tantas veces por minuto; y la paciente no podía llevar el ojo izquierdo hacia el ángulo externo, siendo normales los demás movimientos.

El Sr. Codina creyó que se trataba de un proceso intracraneal, desechando la idea de la meningitis, del tubérculo, del sarcoma y del cáncer, por la falta de síntomas correspondientes á dichos estados morbosos, y fijándose en las mayores probabilidades de una *neoplasia sifilítica*, no *adquirida*, sino *hereditaria*, dentro de la obscuridad de los antecedentes patológicos de la enferma y de sus padres.

Los síntomas y el curso del padecimiento, y sobre todo la paralisis del recto externo, la diplopia, los dolores y los hormigueos le afirmaron en el juicio, de que la enferma sufre de una *manifestación tardía de la sifilis hereditaria*, en forma de *neoplasia gomosa* ó *esclero-gomosa;* estableciendo una terapéutica enérgica, mercurial y yodurada, por medio de fricciones de la *pomada hidrargírica*, cuidando del estado de la boca, y administrando yoduro potásico, del que ha llegado á emplearse hasta 4 gramos diarios.

A los cuatro días de empezar el mencionado tratamiento, la enferma pudo dormir toda la noche, habiendo desaparecido los dolores; á los seis cesaron los vómitos, y comenzó á disminuir la paralisis y la diplopia; y en la actualidad está casi curada, abrigándose la esperanza de lograr un resultado enteramente satisfactorio.

El Sr. Codina terminó manifestando que, á pesar de lo expuesto, la confianza en una completa curación no debe ser ilimitada; que pueden sobrevenir, cuando menos se piense, recidivas y agravaciones, como sucede en casos análogos de sifi-

lis cerebral; y que un enfermo de epilepsia parasifilítica, de que habló el Sr. Taboada en años anteriores, murió á las doce horas de un acceso epiléptico, por la fractura de la base del cráneo, que le ocasionó la caída.

El Sr. Alonso Sañudo aceptó sin dificultad el diagnóstico formado por el Sr. Codina, y se fijó especialmente en la oftalmoplegia externa y demás síntomas nerviosos, que revelaban el origen sifilítico; recordando que la mencionada variedad de paralisis ocular puede ser síntoma de ataxia en su principio y de la *jaqueca oftálmica;* citando algunas observaciones de tales afectos, entre las cuales llamó su atención la de una joven histérica, que sufrió de jaqueca oftalmoplégica, y logró su completa curación.

Habló á continuación de la sifilis cerebral, que puede diagnosticarse con precisión, y en la cual especialmente se afectan los vasos de la base ó de la bóveda, por trombosis, embolia ó hemorragia; formándose neoplasias gomosas, que interesan fibras ó núcleos motores, y presentándose oftalmoplegias, amaurosis y epilepsias, como sucede en la paquimeningitis sifilítica, descrita por Charcot, con localización en diferentes puntos de la masa encefálica.

Llamó también la atención acerca de las alteraciones viscerales, que se observan en el segundo período de la sifilis, ocasionando, por ejemplo, nefritis, neumonías y meningitis, que en nada se distinguen de las flegmasías ordinarias.

El Sr. Codina trató de las diversas variedades de oftalmoplegias, que pueden ser manifestación de muy diferentes estados morbosos; y dió noticia de una enferma, que ocupa el número 4 de la sala 26 de este Hospital general, y parece afectada de paquimeningitis, con fenómenos de excitación y de paralisis; ofreciendo una sintomatología, que consiste en amaurosis, hemiparesia de un lado y ataques de opistótonos de frecuencia variable, cefalalgia, vómitos y perturbaciones de las facultades intelectuales.

Añadió que en el día de hoy se ha establecido en dicha enferma un tratamiento antisifilítico intensivo, cuya eficacia no podrá ser muy ostensible, si existen ya lesiones del quiasma, de los

nervios ópticos ó de otras partes del sistema nervioso, como es de presumir, por ser superiores á nuestros recursos terapéuticos, no pudiendo llegar en muchos casos, como es sabido, á restablecer la integridad funcional perdida.

Transcurrido el tiempo reglamentario, se levantó la sesión.

El Secretario perpetuo,
MANUEL IGLESIAS Y DÍAZ.

ANALES

DE LA

REAL ACADEMIA DE MEDICINA

MADRID.
VIUDA E HIJOS DE M. TELLO
IMPRESOR DE CÁMARA DE S. M.
1902

COMISIÓN DE PUBLICACIÓN.

Excmo. é Ilmo. Sr. D. Manuel Iglesias y Díaz, *Presidente.* (San Quintín, 10, principal, izquierda.)

Sr. D. Mariano Carretero y Muriel. (Torrecilla del Leal, principal.)

Excmo. é Ilmo. Sr. D. Francisco de Cortejarena y Aldebó, Secretario. (Florín, 8, segundo.)

ANALES

DE

LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA

BIOGRAFÍA

DEL

EXCMO. E ILMO. SR. D. FEDERICO RUBIO Y GALI

POR EL

DR. EUGENIO GUTIÉRREZ

Deber de gratitud es para mí, señores Académicos, cumplir el honroso encargo que me habéis confiado, de escribir la biografía del Profesor insigne D. Federico Rubio y Gali, quien durante veintiocho años ocupó un puesto en esta Corporación. Y, sin embargo, duéleme el haberlo aceptado, por el temor de incurrir en deficiencias que amengüen la importancia de la figura científica que deseo retratar, y también porque el profundo cariño y la admiración que siento hacia la memoria del biografiado puedan hacerme aparecer exagerado en mis juicios. No me hubiera inquietado esta consideración tanto como me perturba la primera, pues muy lógico y natural encuentro que los hijos sólo vean en sus padres virtudes extraordinarias, perfecciones que, después de Dios, únicamente ellos pueden ofrecer á la veneración de quienes por su aliento viven y de su savia se nutrieron.

Conocí á D. Federico Rubio en el mes de Junio de 1880, cuando se disponía á organizar el Instituto de Terapéutica operatoria. Un amigo entrañable de ambos, hombre superior, y que como él ha dedicado su vida á la regeneración intelectual de la juventud española, el insigne D. Francisco Giner de los Ríos, nos puso en relación; y los dos decidieron sobre mi

porvenir, quedando en aquella fecha nombrado Profesor encargado de los Análisis histológicos de la clínica del proyectado Instituto, cuyo título me fué ratificado por S. M. D. Alfonso XII en 6 de Diciembre del mismo año, aunque convenida á la vez la dirección de la Especialidad ginecológica que pensaba establecer.

Desde aquel momento he seguido paso á paso su vida; he podido apreciar sus grandes cualidades, aprovechar sus enseñanzas y agradecer sus beneficios. Ved por qué temo no saber corresponder dignamente á lo que merece su memoria.

Ni mi convivencia científica durante veintidós años con el llorado maestro es aún garantía suficiente para que no queden olvidados en este recuerdo necrológico algunos méritos relevantes de tan grande hombre; porque tantos atesoró, que apenas si fueron señalados en el extenso memorial elevado por España entera con motivo de su Jubileo médico, entretejiendo espléndida corona con las innumerables y preciosas flores que formaran el respeto, la admiración, la gratitud y el cariño.

Pocos hombres han sentido la honda emoción de verse glorificados en vida como nuestro biografiado; y ¡quién sabe si las encontradas y profundas vibraciones afectivas determinadas por la grandiosa apoteosis de una existencia cumplida en el trabajo por el progreso de la ciencia y por el bienestar de la humanidad doliente, no contribuyeron á agotar las energías del anciano, dando por terminada á destiempo su misión en este mundo!

Reciente está aquella fecha memorable que la clase médica deberá recordar siempre con satisfacción y legítimo orgullo, porque ella fué honrada en la persona de uno de sus más ilustres representantes, y aún aparece á mi imaginación la noble figura del glorificado, blancas la hermosa cabeza y la luenga barba que en tiempos motivaron el que las gentes le dieran el epíteto, quizá exacto sin saberlo, de Padre Eterno; abatida la fisonomía no tanto por las pesadumbres de la vida como por las luchas del sentimiento en aquellos momentos solemnes; apagada la mirada que siempre fuera brillante como la llama del genio y la luz de la inteligencia superior que por ella se

asomaba; encorvado el enflaquecido cuerpo que supo resistir la ruda pelea profesional. Y en aquel instante, anonadado por las continuas manifestaciones de respeto y de cariño que de todas las Corporaciones y de los particulares iba recibiendo y que le arrancaban abundantes lágrimas, en medio de aquella interesante escena que conmovió á cuantos la presenciamos, aún parece que le oigo balbucir: «Gracias, gracias. ¡Si yo no merezco tanto!»

Esta expresión que salía del fondo de su alma revelaba bien á las claras cómo entendía el Dr. Rubio el cumplimiento del deber, no dando importancia á las determinaciones que brotaron de su bien educado espíritu y que hicieron tan fructífera su laboriosa existencia, movida siempre por estos tres resortes que en todos los momentos de la historia de la humanidad han dado los mejores resultados: talento privilegiado, voluntad de hierro y corazón grande. Merced á ellos pudo alcanzar el respeto universal, no discutido por nadie, que tanto extrañaba á su modestia; por ellos logró descollar entre sus contemporáneos como astro de primera magnitud; gracias á la sabia educación de los mismos adquirió una cultura tan sólida que le presenta como sujeto de estudio bajo aspectos muy variados y que hacen muy difícil la misión del biógrafo.

Procuraremos, sin embargo, cumplirla de la mejor manera que podamos, anticipando que, por mucho que nos esforcemos, no habremos de conseguir hacer un retrato acabado de nuestro compañero. ¡Es demasiado grande la figura para encerrarla en un marco tan estrecho como el que le ofrece nuestra pobre inteligencia!

*
* *

Nació D. Federico Rubio y Gali en la M. N. y L. ciudad y gran Puerto de Santa María, en 30 de Agosto de 1827. Fueron sus padres el Licenciado D. José Rubio y Lubet, Abogado de la Real Audiencia de Sevilla y Asesor de la segunda columna móvil de Andalucía, y Doña Trinidad Gali y Montaño.

En 1839 tuvo que trasladarse con su familia á Cádiz, en

donde su padre ejercía cargo de autoridad, sin que podamos dar cuenta por ahora de algunos rasgos de su primera infancia, siempre interesantes en la vida de los grandes hombres; pues como dice Flammarion hablando de Copérnico, «todos poseemos una facultad predominante: la instrucción elemental de la edad primera pone ya en evidencia nuestras aficiones instintivas; y la facultad dominante, bien dirigida, debe darnos la carrera en la que alcanzaremos más éxitos.»

Su padre figuró como liberal, de los que llamaban *exaltados*, sirviendo voluntariamente en las tropas de Riego; hecho prisionero en Jódar, fué desterrado á Francia, de cuyo depósito se escapó, volviendo á España, donde poco después fué perseguido y penado, sufriendo nuevo destierro por *ayacucho*.

Los primeros años de la vida de D. Federico en Cádiz después de la proscripción de su padre, fueron para su familia muy amargos, y de ello da él mismo una conmovedora idea al pintar en su última hermosa obra el sentimiento caritativo de la mujer gaditana.

No era ciertamente la Medicina el norte de sus aficiones. Acostumbrado desde sus primeros años al rumor de la lucha y á los sobresaltos de la política, ecos de pelea incitaban sus entusiasmos juveniles, y sólo la carrera de las armas le ofrecía un medio eficaz de satisfacer sus ideales, desarrollados al calor del hogar y al lado de un padre que hacía de ellos verdadera religión; mas terminada la guerra civil y viendo imposible la realización de sus sueños de combate, como faltase á la vez el apoyo principal á su familia, decidióse á ayudarla en la medida de sus fuerzas dedicándose al estudio de la Medicina, por lo mismo que en aquella época el Colegio de Cádiz era el foco principal á donde convergían las aspiraciones de la juventud escolar.

No sin grandes amarguras comenzó los estudios de Anatomía, por la debilidad de su memoria para retener nombres y detalles por la sola lectura, mucho más difícil entonces, por cuanto las ilustraciones, imperfectas por lo general, escaseaban en las obras de texto; pero esta misma dificultad, hiriendo en lo más hondo al pundonoroso estudiante, fué el acicate que

movió su voluntad firmísima para conseguir aprender Anatomía de la manera más racional y positiva, es decir, sobre el cadáver. He aquí cómo explica él mismo su decisión, que encierra todo un sistema pedagógico:

«Entré á estudiar Medicina contra mi propia inclinación y gusto. Tenía diez y seis años. En tal estado me arrojó la necesidad á un anfiteatro: ó médico, ó nada—me dijeron circunstancias estrechas;—y empecé á estudiar. Pero en mi cabeza no cabían las apófisis ni las epífisis.—¡Soy estúpido!—exclamé, y lloraba sobre el primer tomo de Boyer, ya sucio de tanto manoseo.—Tiré el libro; empecé á mirar por mí huesos y articulaciones; me dí á pensar interrogándome, analizando mi propio pensamiento, mis sensaciones y mis sentimientos; ví el cráneo como la metamorfosis de tres vértebras, la cara como metamorfosis de dos; y cuando supe, ya más instruído por la lectura de algunas obras, que estos pensamientos que reservaba por extravagantes eran en parte moneda corriente para la ciencia, puesto que Cuvier había probado ya la naturaleza vertebral del cráneo, un júbilo inexplicable inundó mi interior y me dije: —Sigue por ahí.»

Y con efecto: trabajó en la sala de disección con tal ahinco y con tanto provecho, que su mismo maestro D, Vicente Domínguez, ilustre anciano de ochenta y cinco años, residente en la actualidad en Ecija, al recordar que juntos preparaban las piezas anatómicas y ensayaban sobre el cadáver todas las operaciones, dice que en las oposiciones verificadas por el joven Federico Rubio á la plaza de Ayudante disector de la Facultad de Cádiz, demostró éste sus grandes adelantos presentando una preparación notable y digna de figurar en un museo; por lo cual se le adjudicó dicha plaza, sirviéndole estos conocimientos para dar repasos á los compañeros, con cuyo producto atendía en parte á las necesidades de su familia. Y tal era su seguridad en la disección, que uno de sus biógrafos refiere haber asistido á una bulliciosa cena ganada por el Dr. Rubio en una apuesta, dejándose vendar los ojos para ligar la arteria sublingual con la misma precisión que si la viera.

Sus aptitudes no se limitaban á disecar con primor, sino

también al manejo de las armas, comenzado quizá por *sport* y como medio higiénico de acrecentar el vigor físico tan necesario para sus futuros destinos, habiendo llegado á ser un verdadero profesor de esgrima, con escuela abierta en el Colegio de San Felipe Neri, que le producía algunos rendimientos para acrecentar el haber de su familia. En más de una ocasión hubo de probar su destreza; pero sobre todo la recuerdan sus contemporáneos en un lance cómico ocurrido con una fornida amazona extranjera que llegó á Cádiz desafiando en los carteles á los aficionados de la ciudad andaluza. Con tal motivo reunióse gran público en el circo; y después de varios asaltos con algunos campeones, el joven Rubio, que desde una butaca presenciaba el espectáculo, saltó á la pista y dió tan tremenda paliza á la amazona, que ésta, no sabiendo defenderse, acabó por suplicar que cesara, apelando á la galantería de su adversario.

Un año antes de concluir su carrera publicó su primera obra, *Manual de Clínica quirúrgica*, fruto de su peculiar observación, en cuyo prólogo se leen estos honrados conceptos que revelan su carácter independiente y su constancia en el trabajo, á la vez que el amor al progreso de la cultura patria:

«En tres meses he llevado á cima la conclusión de este manual; tiempo tan breve, que para sacar una copia falta espacio. Sé que los libros didácticos deben ser escritos con madurez y detenimiento; no es hija de la inconsideración mi premura, sino de las circunstancias; carezco de mesadas que me costeen la carrera; desde el segundo curso la he seguido con el producto de mi humilde, pero honesto trabajo; sobre el tiempo que me ocupa, agréguense las horas y las horas que el destino de ayudante disector me hace pasar en los anfiteatros y las que el oficio de estudiante reclama para sí: entonces se comprenderá cómo en tiempo de curso me falta aún para cumplir con mis deberes.—Sólo puedo disponer de algunas horas, robadas al sueño y al descanso, mientras duran las vacaciones; y esas son las que aprovecho escribiendo mi obra. Fuera prudente que la dejase por concluir hasta el año que viene, y entonces la corrigiera y publicase; pero no lo hago porque si, como es posible, salgo de la escuela para vivir obscuro y miserable, mi entu-

siasmo ha de trocarse en desaliento.—Reclamo la indulgencia de los hombres entendidos; si la alcanzo, publicaré otras obras, *animando á la juventud española para que nos exima de la vergonzosa tutela que, en ciencias, nos han impuesto los extranjeros.*»

Concluídos sus estudios y después de recibir el grado de Licenciado en 28 de Junio de 1850, pasó á Sevilla ganoso de desenvolver sus aptitudes quirúrgicas en el Hospital Provincial, si triunfaba en las oposiciones anunciadas para proveer la plaza de primer Cirujano de dicho Establecimiento.

Cuentan los que las presenciaron, que dichas oposiciones fueron reñidísimas por haberse dado cita los jóvenes de más prestigio y saber para acudir al palenque; pero todos convienen en que sobresalió el Dr. Rubio, principalmente en el ejercicio práctico, verificando con gran presteza la desarticulación escápulo-humeral. A pesar de todo, fué elegido el coopositor á quien de antemano se indicaba para dicha plaza, no sin que el joven Federico Rubio le hiciera pasar un mal rato, lo mismo que á los individuos del Tribunal; porque molestado con la designación que se susurraba, y habiendo criticado á su contrincante la manera de practicar la operación que le cupo en suerte (desarticulación tarso-metatarsiana), pues dejó el quinto hueso del metatarso y se llevó las tres cuñas, la repitió él al día siguiente, con un cortaplumas y en tan corto tiempo, que no pudieron impedirlo los jueces, quienes al ver á Rubio coger un pie del cadáver, comprendiendo lo que iba á hacer, trataron de estorbarlo diciendo: *eso está prohibido;* á lo cual él replicó: *pues ya está hecho.*

Desde entonces se dedicó en Sevilla al libre ejercicio de la profesión, siendo el continuador de las glorias de aquel Doctor insigne, D. Bartolomé Hidalgo de Agüero, cuyo prestigio quedó consignado á mediados del siglo XVII en aquel dicho: *á Dios me encomiendo y al Dr. Hidalgo de Agüero,* distinguiéndose bien pronto como cirujano peritísimo y de grandes iniciativas, á la vez que como médico de gran cultura; pues si á los pocos años de práctica se atrevió á realizar intervenciones quirúrgicas completamente desconocidas en España y poco corrientes

en el extranjero, como tendremos ocasión de demostrar más adelante, también dió pruebas de que no descuidaba el estudio de otras ciencias más ó menos relacionadas con la Medicina, y sobre las cuales dejó escrito el fruto de su discurso.

Leyó mucho y meditó más; no siendo la menor causa de su extraordinaria facultad reflexiva su largo trabajo en el anfiteatro de la escuela de Cádiz; pues allí, al lado del cadáver, puede decirse que se formó su carácter, discurriendo acerca de la vida en fuerza de estudiar sobre la muerte.

Liberal de abolengo y por convicción, independiente en el pensar y amante del progreso y de la prosperidad de su país, dejóse llevar del entusiasmo que le produjera el vislumbre del cambio político que había de dar al traste con la reacción, trayendo auras de bienestar y cultura á la nación española; y entonces se echó á la calle difundiendo la buena nueva y arrastrando á las masas con su persuasiva elocuencia y su dominio sobre las gentes que tantos favores le debían y con cuyo mejoramiento soñaba. Y á semejanza de lo ocurrido á su buen padre, vióse perseguido y puesta en precio su cabeza, obligándole á emigrar á Francia, en donde procuró aumentar el caudal de sus conocimientos, que, á su regreso, comunicó á sus compañeros de Sevilla, iniciándoles en los secretos de la naciente Histología.

Poco duró esta tregua dedicada á la Medicina. El movimiento revolucionario del 68 despertó de nuevo al honrado liberal que soñaba con la regeneración del país y con la felicidad de los españoles, lanzándose otra vez á la pelea lleno de noble entusiasmo, que no tardó en entibiarse al comprender cuán distinto era el móvil que guiaba á los demás comprometidos en esta empresa, y al apreciar de cerca, como Diputado de las Constituyentes, la diferencia que existe entre las luchas serenas de la Ciencia y las apasionadas y candentes de la política. Sin embargo, en esta época de su azarosa vida, no se olvidó tampoco del objeto principal de sus afanes, *de la enseñanza libre*, fundando en Sevilla en 1865 la Sociedad de Medicina operatoria, á la que pertenecieron distinguidos profesores, y en 1868 la Escuela de Medicina que hoy subsiste y de la cual fué Direc-

tor pocos años, aunque siguió dispensándola siempre especial predilección y cariño, ilustrándola con sus consejos y favoreciéndola con su influencia.

Al advenimiento de la República, el Gobierno le confió su representación en Londres, si bien no tuvo ocasión de ejercer el cargo oficialmente por no haber reconocido al de España el Gobierno de la Reina Victoria; pero esta misma circunstancia (y quizá por ello aceptara el Dr. Rubio el puesto con que fué honrado) le favoreció para estudiar científicamente el país, sobre todo en cuanto con la Medicina y la Cirugía se relacionaba; estudios que completó en un viaje que hizo por aquella época á los Estados Unidos, y los cuales le movieron á pensar hondamente en las reformas necesarias en la enseñanza de nuestro país, si algún día había de colocarse á la altura que demandaba el progreso realizado en los demás civilizados.

Pertrechado de tales armas, con gran caudal de positivas adquisiciones en ciencia y enseñanza, con justificado crédito como cirujano y operador habilísimo, dejó á Sevilla en 1874 para establecerse en Madrid, donde ha recorrido la tercera y más provechosa etapa de su vida, de cuyos beneficiosos resultados habéis sido testigos presenciales.

*
* *

Dotado de un talento clarísimo, puesto al servicio de una voluntad inquebrantable, que fué la nota dominante de toda su existencia; penetrado de la necesidad de seguir la evolución progresiva que se venía iniciando en la Ciencia quirúrgica desde las aplicaciones que Lister hiciera de los estudios de Tyndall y Pasteur; ganoso de introducir en España la reforma de esta enseñanza bajo los auspicios de una original y más práctica concepción, intentó en 1876 crear un centro quirúrgico costeado de su peculio particular, y á cuyo sostenimiento contribuyeran las cuotas (250 pesetas) de los únicos doce alumnos médicos que debían ser admitidos. A pesar de haber resultado infructuosa esta primera tentativa, por no responder al llamamiento suficiente número de profesores, no cejó en su empeño

D. Federico Rubio; y merced á los buenos oficios de algún amigo que gozaba de excelentes relaciones en los centros oficiales, y al interés con que elevadas personalidades patrocinaron la idea expuesta por éste, después de haberle consultado la Dirección de Beneficencia y de enterarse el Ministro de la Gobernación de sus propósitos, la *Gaceta* publicaba el 11 de Mayo de 1880 un Real decreto estableciendo en el Hospital de la Princesa, y con motivo de las reformas que en el mismo se preparaban, una clínica especial de Terapéutica operatoria ó de alta Cirugía, de la cual se nombraba al Dr. Rubio Director gratuito. Por cierto que el concepto equivocado de *alta Cirugía* con que esta fundación se designaba en el documento oficial, fué aprovechado por la sátira para poner en caricatura al nuevo Director en un Almanaque redactado por profesionales; gracia que rió grandemente D. Federico.

Diéronsele cuatro salas en la planta baja del ala derecha de dicho hospital, dos de ellas con veinte camas cada una, otra para remudar y una vacía para conferencias y consultorios (que se ampliaron más tarde), dotándolas del mobiliario más indispensable y elegido por el Dr. Rubio como el más higiénico y limpio. El 1.º de Octubre de 1880 se inauguraba este Instituto de la manera sencilla y práctica con que hacía todas las cosas el que fué su fundador, pasando visita á las enfermerías, discurriendo en alta voz sobre los fenómenos observados en cada uno de los pocos enfermos que las ocupaban, presentando con tal claridad el cuadro clínico que, sin gran esfuerzo de atención por parte de cuantos le acompañábamos, se identificaban las percepciones, se relacionaban los juicios y aparecían con toda claridad los términos del problema diagnóstico.

Con tan escasos elementos comenzó el Dr. Rubio su obra educadora implantando en nuestro país la enseñanza de las especialidades quirúrgicas con la formación de la policlínica, como ampliación de los estudios oficiales, puesto que no á escolares, sino á médicos titulados se dedicaba.

No faltará quien diga, para restar del haber patriótico del maestro este título de gloria, que la ola progresiva de la especialización quirúrgica venía ya avanzando de las regiones del

Norte á las del Mediodía, y necesariamente había de envolvernos y obligarnos á sacudir la inercia para flotar en la superficie buscando el ambiente respirable; pero si en la calma que parecía reinar el año 80 en todos los centros docentes y benéficos no se levanta un hombre valeroso que nos infunde alientos para ganar la orilla y con su ejemplo estimula honrosamente el amor propio, más tarde hubiéramos logrado el despertar notable que desde entonces tuvo la Cirugía especial entre nosotros. A él se debe, pues, el primer impulso, que en todas las empresas es el más importante.

En este centro desenvolvió su sistema pedagógico opuesto á todo dogmatismo, empezando por fomentar la observación independiente de todo prejuicio y sólo fundada en el principio de que la *verdad ha de estar en la enfermedad que se realiza en el enfermo mejor que en el conocimiento declarado por la Ciencia*, lo cual exige un estudio analítico muy prolijo que presta las mayores garantías para un diagnóstico seguro, tratando de poner en acuerdo la Ciencia con el enfermo y no el enfermo con la Ciencia, cuyos juicios pueden ser equivocados.

Como espíritu abierto á todo progreso útil, y á pesar de tener su procedencia en la escuela quirúrgica de la primera mitad del siglo XIX, no se estancó el fundador del Instituto, sino que redobló sus esfuerzos dedicándose con afán al estudio y comprobación de las nuevas doctrinas, modificando la práctica de las operaciones con arreglo á los procedimientos más en boga, y de los cuales iba desechando lo que la observación le demostraba ser perjudicial ó innecesario.

Opuesto á admitir un patrón determinado en todas las intervenciones, rechazaba por absurdas, en su mayor parte, las operaciones que se dicen regladas; y no concebía esta reglamentación más que en cuanto á los principios generales del arte quirúrgico, dejando el formular el procedimiento al estudio atento del caso patológico, del cual podía y debía partir únicamente el plan operatorio.

«En el órgano leso, decía el Dr. Rubio, y en la manera como está alterado y afectado, están las líneas, los trazos y las páginas escritas que declaran lo que hay que hacer, cómo se ha de

hacer y en qué orden se ha de hacer. Lo que el cirujano necesita ante todo es conocer esa especie de idioma, saber traducir su escritura y descifrar la significación de esos trazos. De no, caemos en el eterno surco de la rutina, por esa perdurable educación chinesca que domina en la enseñanza del arte operatorio.»

Por eso jamás vimos que practicara una operación importante sin que de antemano meditase mucho sobre la región anatómica el proyecto operatorio que reclamaba aquel caso concreto, resultando el acto quirúrgico con gran seguridad y brillantez, que eran la característica del Dr. Rubio, y creando á veces procedimientos á los que, de tener la vanidad de otros cirujanos, hubiese dado su nombre.

Por eso era maestro, y precisamente en esto consistía su originalidad. Al estudiar un enfermo hacía abstracción de las ideas establecidas por la Ciencia para casos semejantes, si las había; tomaba el hecho tal como la Naturaleza lo presentaba; lo sometía á un delicado y minucioso análisis; reconstituía con estos elementos reales el hecho morboso, y después de bien aquilatado el valor y la certeza de cada uno de aquéllos, deducía el diagnóstico y planeaba el procedimiento curativo, con lo cual resultaba su obra llena de verdad y sencillez. Cada nota clínica dada por D. Federico constituía una individualidad patológica tan especial, que en nada se parecía á las nosografías corrientes en la Ciencia. Y así, pensando en alta voz delante de cada enfermo, en vista de todos los datos apreciados por los sentidos y clasificados según su importancia y relaciones positivas, llegaba por deducciones sintéticas á los últimos juicios, obligando, como antes decíamos, á los que le escuchaban á seguir mentalmente su discurso, con el que se identificaban, apareciendo muchas veces la luz donde antes todo era sombra. No de otro modo pudo llegar á establecer la ley «sobre la responsabilidad morbosa de los tejidos,» á que obedecen tantos afectos quirúrgicos, ni á dar idea clara de las consecuencias de la «rotura de los ligamentos comunes vertebrales,» demostradas por la clínica y por la anatomía patológica, explicando la génesis de las torceduras angulares de la espina; ni á presentar con gran lucidez multitud de cuestiones que constituyen la labor expuesta en las

reseñas de los cinco primeros ejercicios del Instituto de Terapéutica operatoria, y en cuyo contenido no se sabe qué admirar más, si la sagacidad del clínico ó la espontánea naturalidad del narrador que, sin darse cuenta de ello, obliga á los lectores á tomar parte activa en las escenas que tan fielmente relata, interesándoles en la solución del problema y haciéndoles sentir los diferentes estados de ánimo por que pasan los actores del cuadro retratado.

Esta manera de exponer las historias clínicas, peculiar de D. Federico Rubio, podrá parecer extravagante y nada literaria con arreglo al formulario usual, pero resulta la más provechosa y la más conforme á la realidad; pues, como él mismo dice, no siendo las historias clínicas sino «la expresión gráfica escrita de los trabajos mentales que ejecuta el profesor, pensándolos en alta voz ante el coro de circunstantes, dilatan la esfera de la representación de la realidad viva por un mayor espacio y tiempo, llevando la enseñanza útil fuera del escenario limitado en que ocurren los sucesos, no seca, muerta y en conserva, cual se hace en la actualidad, sino vívida, palpitante y con el interés dramático que ofrece la clínica verdadera.»

Y como maestro en todo, sabía aprovechar el menor detalle que su fina observación sorprendía en los enfermos, para hacer en sus notas clínicas y en sus conferencias interesantes excursiones por el campo de la etnografía, de la historia natural y demás ciencias auxiliares de la Medicina, que, en ocasiones, contribuían poderosamente al esclarecimiento del problema clínico. Llenos están los Anuarios del Instituto á que hacemos referencia de hechos que confirman cuanto decimos; y lo mismo cuando habla de la génesis y la evolución de los quistes hidatídicos, que cuando discurre sobre las consecuencias de las lesiones óseas y articulares, ó sobre los tumores de la glándula tiroides, vislumbrando por inducción lógica basada en la anatomía, en la fisiología y en la clínica lo que por recientes estudios experimentales conocemos acerca de los órganos dotados de secreción interna, seducen sus razonamientos y admira de modo extraordinario su intuición científica, fruto de una sólida cultura y de actos reflexivos persistentes.

Si á esto se unen la claridad con que sabía exponer todas las cuestiones, la benevolencia con que admitía las dudas y observaciones que á sus doctrinas pudieran presentar los que le escuchaban, y la satisfacción que experimentaba cuando alguno de los discípulos hacía un diagnóstico exacto, se comprenderá que el Dr. Rubio fuese considerado como un perfectísimo maestro.

Su papel educador no se limitaba pura y exclusivamente á la parte científica: esforzábase en inculcar en los discípulos todas las buenas cualidades que deben acompañar á la instrucción, tales como la constancia en el trabajo, la iniciativa en las resoluciones quirúrgicas sin que degenere en atrevimiento, para no faltar al precepto *primum non nocere*, la sincera modestia para confesar el error, el valor para afrontar los riesgos quirúrgicos, pero basado en el conocimiento de todos los incidentes que pueden surgir en un momento dado para saber conjurarlos con serenidad, y guiados por el fin caritativo de salvar al enfermo.

Y como siempre predicaba con el ejemplo, que es el mejor educador, durante el largo período de diez y seis años que el Instituto funcionó en el Hospital de la Princesa, viósele llegar día tras día á las ocho de la mañana, cuando trastornos en la salud ó ausencias de la Corte motivadas por asuntos profesionales no lo impidieron, hacer la visita reglamentaria á las enfermerías, dar conferencias interesantes, practicar las operaciones necesarias ó presenciar las que los alumnos del Instituto ejecutábamos, salvando oportuna y sabiamente cualquier accidente imprevisto que de pronto pudiera sobrevenir, é inspeccionar los diferentes dispensarios, enterándose al detalle de cuanto en ellos se practicaba.

Las contrariedades de toda especie que en los primeros años del Instituto hubo de sufrir el Dr. Rubio, parecía como que le prestaban mayores alientos para perseverar en su obra, trabajando cada vez con más empeño hasta conseguir el completo desarrollo de su fundación; y como si tuviera por norma el consejo de Alembert: *id siempre adelante; la fuerza y la fe os vendrán*, logró con sus iniciativas y su constancia infundir á los demás

el amor al trabajo, y ver extendidos los beneficios de su institución á todas las comarcas de España en tal grado, que á los pocos años ya resultaba pequeño el pabellón del Hospital de la Princesa para que pudieran funcionar las distintas Secciones, dejándose sentir la necesidad de crear un centro propio en donde libre y holgadamente pudieran darse las diversas enseñanzas organizadas por el maestro, y éste, á la vez, llevase á la práctica su vasto proyecto; cosa imposible en un establecimiento oficial, cuyo régimen interior no se acomodaba á sus ideas un tanto revolucionarias en cuanto á la manera de entender la beneficencia hospitalaria.

Llegó por fin el por todos deseado momento en que la aspiración tanto tiempo contenida se desbordó en un arranque de entusiasmo á la sola enunciación que de ella hiciera nuestro malogrado amigo y compañero el Dr. García Andradas, y merced á un elocuente brindis del Dr. Pulido, con ocasión de un banquete de fin del curso de 1894-95 (16 de Junio); el rostro del Dr. Rubio no pudo disimular la satisfacción que le produjera el ver tan próxima la realización de sus ensueños y tan identificados con él á todos los discípulos, y desde aquel instante se dedicó en cuerpo y alma á dar forma al grandioso pensamiento que desde mucho antes bullía ya en su cerebro. Cuando á los pocos días de iniciada la suscripción reunió á los individuos que constituíamos la Comisión ejecutiva, ya tenía hecho el croquis del futuro Instituto y el proyecto de reglamento á que había de ajustarse; así que nada tuvimos que pensar los demás, cosa que por otra parte hubiera sido inútil, por cuanto rebatía tan tenazmente y con tales argumentos nuestros reparos, que al fin nos declarábamos vencidos, si no convencidos, teniendo que confesar que él debía saber mejor que nadie cuáles eran sus proyectos y de qué medios debería valerse para llevarlos á la práctica, aunque no dejaran de parecernos atrevidas ciertas reformas é irrealizables otras. Sin embargo, el tiempo ha venido á demostrar que estaba en lo cierto, y sus predicciones se han cumplido. El que siempre tuvo horror á las matemáticas resultó un gran economista. Partiendo de la idea altamente humanitaria de que los enfermos asistidos en un hos-

pital deben constituir una familia más ó menos numerosa, con escasos medios de fortuna, el buen orden aconseja administrar éstos de tal modo que basten á cubrir las necesidades de los individuos que la componen; equiparando las condiciones de la familia hospitalaria á las de la clase labradora más pobre, de donde aquélla procede en su mayoría, deben acomodarse los gastos de su manutención á los del jornal ó haber que diariamente ingresa en la casa.

Para asegurar la vida del Instituto, se propuso que todas las camas de las enfermerías estuviesen dotadas con un capital de 10.000 pesetas cada una, con cuyo interés anual habría de atenderse á la manutención de los enfermos que las ocuparan; y hasta la fecha se ha conseguido sin esfuerzo este objeto, causando la admiración de ilustres profesores extranjeros que han visitado el hospital y dirigen clínicas numerosas y espléndidamente dotadas.

El 14 de Julio, es decir, un mes después, se verificaba con gran solemnidad el acto de colocar la primera piedra del edificio; cuya construcción, dirigida por el arquitecto D. Manuel Martinez Angel, quedó terminada un año más tarde, y comenzó á funcionar el 1.º de Octubre de 1896.

Pocas fundaciones habrán tenido tan pronto y feliz remate, y ninguna habrá izado la bandera sobre su fachada realizando un acto tan hermoso, tan noble, tan altruísta y tan transcendental, como el que tuvimos la satisfacción de presenciar en el Instituto Rubio.

Dos venerables ancianos, el Dr. Rubio y D. Manuel María Alvarez, presidían la escena; á su lado y como testigos los profesores del Instituto y algunos amigos cariñosos, protectores del mismo; enfrente, y formando un cuadro interesante, los operarios que levantaron desde sus cimientos el grupo de edificios que todos contemplábamos.

Después de darles las gracias el fundador por el interés y solicitud con que habían trabajado en su obra, dijo que deseaba continuasen unidos á ella por toda su vida, y para esto, instituía desde aquel momento una fundación que llevaría el nombre de Mari Díaz; el capital de esta fundación, formado con las

propinas ó regalos que es costumbre hacer á los obreros cuando se termina un edificio, se invertiría en papel del Estado, cuyos intereses habrían de repartirse en el mes de Septiembre de cada año proporcionalmente entre los que habían contribuído con su trabajo á la erección del Instituto, bastando para ello la presentación de la papeleta que en aquel momento se les entregaba.

Si alguno de los obreros fallecía, su parte de intereses vendría á acrecentar los de los supervivientes; y cuando todos se hubieran extinguido, la fundación iría á manos del Estado, el cual se encargaría de inutilizar el papel á ella afecto, amortizando de este modo una deuda no amortizable.

¡Cuántas reflexiones sugiere este acto, tan sencillo al parecer! Convertir en capitalista al jornalero, enseñándole á guardar una modesta propina que probablemente se quedaría en el café ó en la taberna antes de llegar á la familia; estimular la afición al ahorro como base segura del bienestar de las asociaciones obreras, constituyendo los fondos comunales, á los que todos tienen derecho en sus necesidades; inculcar al pobre el respeto á los ricos cuando éstos de algún modo le demuestran interés por su mejora social, ligándole á sus fundaciones por participación, aunque exigua, en sus beneficios; y por último, indicar al Estado el medio fácil, por estas reversiones, de descargar su Deuda, si el Dr. Rubio tuviera muchos imitadores.

Tal es el objeto de la fundación Mari Díaz, que acreditaría de sociólogo y economista práctico á su inspirador si no lo estuviera ya por otros muchos motivos que iremos desenvolviendo en esta biografía.

Con ser muy original y científica la concepción del edificio, donde todo fué previsto con arreglo á las necesidades de una policlínica destinada á la Cirugía y al exiguo capital que produjeron los donativos particulares, no obstante el fuerte desembolso que hubo de hacer el Dr. Rubio (más de una tercera parte), es mucho más admirable el régimen interior y altamente hermoso el fin altruísta que domina en todo el pensamiento de esta construcción.

Todo para el enfermo, y cuanto más necesitado más atendi-

do. Libre está la entrada para el infeliz que busque el auxilio de la Ciencia y de la Caridad cristiana; ningún portero le detiene el paso; pues como decía con elocuencia el Sr. García Alix cuando fué á saludar al venerable maestro en nombre del Gobierno de S. M. el día de su jubileo médico: «¡Si el dolor no pide permiso para acometer, es absurdo que tenga que pedirlo el consuelo!» Desde que deja el traje de la calle para vestir el reglamentario del Instituto, una vez purificado el cuerpo, es considerado como un individuo de la familia y condueño de la casa, con todas las preeminencias y aun mayores para ciertos actos que las concedidas al mismo Director por los Estatutos de la fundación. Él recibe diariamente la visita de sus deudos y amigos, y disfruta de la misma libertad para pasear por el campo que rodea el edificio, cuando por su estado no le es precisa la permanencia en cama; forma parte de la Junta administradora y tiene voto en sus decisiones. Y hasta la fecha, y van transcurridos seis años, no tengo noticia de que esta atrevida cuanto humanitaria reforma haya dado lugar á ningún abuso por parte de los enfermos ni de sus familias. En cambio, agradecen de tal suerte las consideraciones y el cariño que allí se les dispensan, que muchos infelices, por el deseo de ingresar, esperan largas temporadas á que se produzca una vacante en aquellas reducidas enfermerías.

Completa el Instituto Rubio la Escuela de enfermeras de Santa Isabel de Hungría, creación original del maestro, que si hasta la fecha no es suficientemente conocida en nuestra sociedad, no dudamos arraigue para que sus servicios, inmejorables dentro del Instituto, sean utilizados también por los profesores y por los particulares. Sólo un evangelizador de las condiciones de D. Federico Rubio hubiera podido conseguir que unas pobres mujeres, incultas por lo general, se penetrasen de la sublimidad del pensamiento que le guiara al fundar tan humanitaria institución, é hiciesen actos de abnegación y caridad cristiana como los que demandan sus Estatutos, sin otra recompensa que la satisfacción de hacer el bien, y la posesión de un certificado de aptitud al cabo de dos años de servicio, que las permita ganarse la vida asistiendo enfermos, si en nuestro país es

comprendida la importancia de su ministerio. Pero no debe extrañar á nadie el poder sugestivo de este apóstol de la caridad, cuando se lee la «Introducción á las Instrucciones para las enfermeras internas,» que recuerda las epístolas de los discípulos del Salvador á los primeros cristianos.

«La interior satisfacción contribuye á la dicha.

»En medio de la mayor pobreza, goza el noble con sus blasones, y es frecuente que no trueque la ufanía de su estirpe por todas las abundancias.

»Cuerdo es procurar esta satisfacción interior, poniéndola en justos fundamentos.

»Y en ninguno como en la humildad personal, consagrada por el amor de Dios en bien de sus criaturas.

»Poseerse de este sentimiento constituye la mayor sabiduría. Él templa el espíritu como lima indesgastable, y pone al mísero cuerpo por encima de las necesidades que, insatisfechas, nos mortifican.

»Nada más poderoso que el humilde, porque voluntariamente abatido, nada puede abatirle.

»Y cuando fortificado de tal manera se propone consagrar la vida al bien, entonces se puede decir: *Querer es poder.*

»Llega, pues, más allá la humildad que la soberbia; y sólo hay el peligro de que el mismo poder nos lleve, como ha llevado á muchos, á la soberbia de la humildad.

»Para evitarlo no se conoce otro medio que el no hacer profesión de humildad ni de ninguna virtud, sino serlo, si es posible, sin parecerlo ó al menos sin pretender que nadie lo reconozca; ó lo que es lo mismo, no vivir para lo exterior, sino vivir siempre en el propio interior, mirando á solas á Dios, centro de todo bien y el más supremo que podemos concebir.

»Preparado así el ánimo de las enfermeras que soliciten el internado, será fácil que puedan soportar la vida casi penitente á que se obligan.

»Según penetre en su sentimiento y en su idea el *bienestar* de la humildad y el *placer* de hacer el bien, así serán mejores, más dispuestas y agradables enfermeras.

»Tal grado pueden alcanzar, que prefieran su estrecha y tra-

bajosa vida á toda otra vida de riqueza, honores y placeres, permaneciendo en las enfermerías, lavaderos y cocinas como reina en su trono.

»Pero aunque así no sea, porque muchos son los llamados y pocos los escogidos, de esperar es al menos que gran parte de las internas, sujetas al trabajo y régimen de la Institución, adquieran cierta cultura, ciertas costumbres de modestia y ciertos conocimientos que las permitan, terminados los dos años de su compromiso y de su carrera, ganarse honradamente la vida y ser buenas madres de familia.»

Tan profundamente grabaron esta doctrina en su corazón, que han observado satisfechas las duras pruebas á que las somete el Reglamento, rivalizando en el cumplimiento de sus deberes; y cuando en posesión del certificado de aptitud han cesado algunas en el cargo para trabajar por cuenta propia, vuelven al Instituto siempre que sus ocupaciones se lo permiten, para visitar á los enfermos y ayudar espontáneamente á los profesores en sus faenas. ¡Tan suave les pareció el yugo que las impusiera el fundador!

Tal es, á grandes rasgos trazado, el monumento que el Doctor Rubio levantó á la Caridad y á la Ciencia, y que hará imperecedera su memoria. En él se labró un humilde aposento, que en vida ocupó muchas veces para vigilar y dirigir la buena marcha de su naciente Institución, pues como padre amantísimo, quiso guiar sus primeros pasos y enseñar á cada cual el cumplimiento de las obligaciones, que voluntariamente había contraído, sin otro galardón que el placer de practicar el bien; y para no olvidarlo jamás, tenía escrita á los pies de su cama esta cristiana máxima:

«Por Dios, Tú para todos; y así no tendrás ingratos, porque no buscarás agradecidos, y éstos te saldrán al camino.»

Casi á la par que se inauguraba el Instituto, y cuando aún no se había cerrado el bolsillo de D. Federico para subvenir á los gastos complementarios de la instalación, acomete de nuevo la empresa, largo tiempo meditada, de poner en comunicación científica á todos los pueblos que hablan nuestro idioma, reconquistando por la Medicina la unidad de la patria con toda

la grandeza de nuestra antigua gloria, y haciendo que sea verdadera la fraternidad de los individuos que pertenecen á la misma raza; y consigue lo que se propuso, fundando, sin reparar en gastos, su *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas*, donde se publican trabajos de todos los profesores de América y de España identificados con su hermoso pensamiento.

Fué tan extraordinaria la actividad desplegada por el Doctor Rubio en los últimos años, que parecía como si presintiera que le había de faltar vida para llevar á cabo tantos hermosos proyectos, enderezados al bien social, como los que tenía archivados en su potente cerebro, y de los que sólo una parte logró revelar á la posteridad. El que tanto se había ocupado siempre del pobre enfermo y del desvalido, no podía olvidarse de esos seres desgraciados sin nombre y sin familia, que apenas arrojados al mundo sucumben por lo general antes de arribar á la segunda infancia, ó sobreviven para arrastrar una vida miserable. Dar madres á estos desconocidos é hijos á las mujeres que no los tuvieron y que cuentan con medios de fortuna para criarlos y educarlos, repitiéndose de este modo y por amor al prójimo el simbólico mandato del Gólgota, es el *sumum* de la caridad y de la moral social.

Pero si no pudo lograr la realización de tan cristiana obra, tuvo alientos para bosquejarla en lo que pudiéramos llamar su testamento social, constituyendo su último recuerdo; pues horas antes de su repentina muerte, y cuando en medio de la ruína de aquel trabajado organismo lucía con más fulgurantes destellos su privilegiado talento, al terminar uno de los más hermosos capítulos de su obra, *La mujer gaditana*, de que hemos de ocuparnos, redactaba todo un programa que merece ser transcrito.

«Los voceadores que se desgañitan, pidiendo cosas tan absurdas como el reparto de bienes y otras contraproducentes ó imposibles, consideren que es necio pedir á otro lo que puede alcanzar por sí propio.

»Paren mientes en que la mayor injusticia de los tiempos no consiste en lo más ó menos elevado del jornal.

»Fijen la mirada en quiénes son las mayores y más inocen-

tes víctimas de nuestras preocupaciones sociales y de nuestros vicios.

»Fíjense en los hijos de la lujuria, en los abortados, en los que al aspirar el primer hálito son asesinados para ocultar una falta con un crimen.

»Vuelvan la vista á los expósitos, llevados á morir de hambre y de falta de piedad.

»Pues esos, esos son los que piden con mayor urgencia, con mayor necesidad las primeras reformas.

»De las gaditanas espero las primeras sacerdotisas del cambio que se impone. Ellas, sobre todas las mujeres, tienen la religión de la maternidad.

»Ellas pueden dar el ejemplo, cubriendo con el manto protector de su cariño á esas criaturas; no colectivamente, cual hasta ahora se pretende hacer por la fría beneficencia oficial, sino personal é individualmente.

»Una casada, viuda ó soltera de edad madura, recoge un niño ó niña de la Inclusa; no lo prohija civilmente, porque para nada es necesario, sino opuesto á los fines que deben perseguirse. Prohíjeseles, sí; pero sólo en el concepto de criarlos y educarlos al calor del amor. Edúquenlos para el trabajo y en el trabajo, imprimiéndoles en la mente, sugiriéndoles la idea de que *el hombre es hijo de sus obras*.

»Despiértenles la idea del deber. Infúndase en su espíritu, con el ejemplo, el orden y la economía. Institúyase en madre pura y sin mancha, á imitación del Salvador; y á poco que se extienda la costumbre, empezarán á evacuarse esos antros de lento infanticidio que se llaman casas de expósitos y hospicios.

»Paga pór tantos sacrificios: ¿quién necesita pensarla? ¿Recursos? ya hemos visto dónde llegan las mujeres gaditanas.

»Paga es el amor: tener una criatura á quien hacer caricias, y recibir las suyas en vez de las de un gato ó un faldero; criar y hacer una mujer ó un hombre honrado, emprendedor, dueño de sí mismo, ostentando en su escudo ser hijo de sus obras, que aun casado más tarde ó independiente, muy ingrato habrá de ser para abandonar á la madre purísima en la vejez, y no cerrarle los ojos con veneración y sentimiento.

»Sí: es preciso luchar, echando por tierra las inicuas preocupaciones y la infame hipocresía de nuestra civilización.

»Por lo que he dicho se debe comenzar. Luego, por influir en la mujer amiga, si se deja arrastrar por un acto de pasión, para que no aborte, para que sufra resignada su desgracia, para que no procure ocultar una falta con un crimen ó con la exposición del infante; que críe, cuide y eduque á su hijo, sufriendo las consecuencias de su desliz.»

Así empleaba sus últimos días este apóstol de la caridad, cuando ya sus energías físicas no le permitían resistir las fatigosas tareas de su fundación de la Moncloa.

Eminentemente reumático D. Federico, había procurado un desahogo á su sobrecarga de ácido úrico dedicándose hacía años al deporte cinegético que, á la vez, le prestaba el vigor necesario para el ejercicio profesional y una calma saludable á las profundas perturbaciones morales que determinan los actos quirúrgicos. Y era de ver la resistencia del Dr. Rubio para trepar por ásperos montes, caminando durante muchas horas, aguantando mojaduras, comiendo frugal y á las veces insuficientemente, aunque fuera un *gourmet* de ordinario, y dejando secar la ropa con el propio calor de su cuerpo. A este ejercicio debió, sin duda, poder soportar un trabajo profesional tan rudo hasta edad avanzada con grandes energías, á pesar de los trastornos cardio-pulmonares que de continuo le molestaban.

Al regresar en la primavera de 1902 de su estancia en Choza Redonda, donde había pasado el invierno, todos pudimos apreciar los estragos que la arterio-esclerosis reumática había hecho en su organismo; y ya presentíamos su próximo fin, como á él le sucedía, sin que pudiésemos acostumbrarnos á la idea de perderle, ni él demostrara ostensiblemente la de abandonarnos tan pronto, redoblando su afán desordenado de trabajar hasta el último instante. Por desgracia, el corazón, que en repetidas ocasiones se había negado á obedecer al esfuerzo que le exigiera la férrea voluntad de D. Federico, se paralizó repentinamente á las siete de la mañana del día 31 de Agosto, cuando acababa de cumplir setenta y cinco años, después de haberle permitido escribir, desde la una hasta las cinco de la madrugada, las úl-

timas cuartillas del libro más hermoso que produjera su pluma. Según disposición del maestro, su cadáver recibió cristiana sepultura en la iglesia-capilla del Instituto. En muerte como en vida, quiso estar con sus enfermos.

Descrita á grandes rasgos la provechosa labor de D. Federico Rubio durante su larga existencia, estudiemos algunas de las fases bajo las cuales se nos presenta profesor tan singular, porque ellas revelan su carácter y han de contribuir á desvanecer determinados errores en que han incurrido algunos de sus biógrafos.

Desde luego aparece á nuestra consideración como un cirujano genial y que, de haber vivido en otro ambiente, hubiese verificado una verdadera revolución en el arte. Para ello es preciso recordar el estado de la Cirugía en España en los comienzos de su práctica; y nada mejor á este propósito que transcribir lo que él mismo refiere en el tomo V de las *Reseñas del Instituto* con motivo de un cáncer de la mama, calificado de inoperable, según las ideas que entonces dominaban, y que resultó curado.

«Ustedes no pueden calcular el estado de la Cirugía en España allá por el año de 50. Cierto que, en las grandes capitales, algún que otro singular varón, de esos que nacen predestinados, mantenía la bandera de la Cirugía á regular altura. Por entonces, y aun antes, florecían Argumosa y Toca en la Corte. En Valencia, los Romagosa y Armet; y en Cádiz, los Benjumedas y Ceballos. En Sevilla, Marcella y los Romeros, y en alguna otra capital de primera clase algún que otro cirujano ilustrado y más ó menos diestro.

»Pero preciso es confesarlo: fuera de eso, el nivel general no podía estar á menos altura. No se sentían aún los efectos de haber unificado la carrera de Medicina y Cirugía, dando por resultado esa profunda división que á los cirujanos les tocase la peor parte en instrucción, conocimientos y respeto social. Para la práctica, realmente los cirujanos constituían una clase abigarrada que, empezando en el tipo de cirujano latino, concluía

en el barbero, que sangraba y arrancaba muelas. De entre éstos, indiferentemente, latino ó romancista, el que salía con alguna disposición, ó sólo con mayor atrevimiento, se dedicaba por rutina á hacer muy limitado número de operaciones. Había unos que sacaban zaratanes; otros que tenían *suerte* para operar fístulas de ano; alguno que en un contado caso cortó un muslo, y otros que tenían *gracia* para sacar la piedra.

»Cuando después de mi penosa carrera, pasados infinitos días é infinitas noches en lúgubre sociedad con los cadáveres, después de ensayar en ellos cuantas operaciones había visto pintadas en los atlas, y por apuestas la que cualquier compañero me pedía vendándome los ojos; cuando después de conocer al dedillo mis autores predilectos, Boyer, Velpeau, Sanson, Malgaigne y Vidal de Casis, salí del aula como el toro del cubil diciendo: «que me echen operaciones,» no pueden ustedes figurarse la poca gracia que me hacía cuando una enferma que me consultaba para un zaratán fustigaba mi vanidad, posponiéndome al barbero que tenía gracia para sacarlos.»

Ante este cuadro, no es extraño que se sublevasen su dignidad profesional y su temperamento independiente y progresivo, obligándole la primera á hacerse retribuir sus servicios de modo más decoroso que el hasta entonces seguido con los médicos, beneficio de que se aprovecharon todos los compañeros, como el mismo D. Federico me refirió más de una vez, y moviéndole el segundo á imprimir nuevo rumbo á la Terapéutica quirúrgica, aun á trueque de ser motejado de temerario y atrevido.

Maestro de Disección en sus primeros años, profesor de Anatomía pictórica más tarde, conociendo al detalle la organización del cuerpo humano, y habiendo practicado en el cadáver todas las operaciones que en su tiempo eran corrientes, poseia la base para desarrollar sus aptitudes quirúrgicas, que eran innatas, como lo son siempre, y sin las cuales tienen poco valor aquellos conocimientos anatómicos y aquella habilidad manual adquirida operando en los cadáveres. Razón por la cual vemos con frecuencia que no todos los grandes anatómicos y disectores son buenos operadores.

A su aptitud orgánica y á su destreza adquirida en el anfiteatro uníase una sólida cultura médica y un gran sentido clínico, para descubrir las indicaciones de toda intervención y adaptar á ellas el plan operatorio que ejecutaba sin vacilación alguna, por lo mismo que le eran familiares los menores detalles de cada región anatómica. Era, además, aficionado á simplificar las operaciones y á reducir el arsenal quirúrgico á lo más indispensable, esforzándose en practicar aquéllas en el menor tiempo posible. Por eso no podía soportar las incisiones y las secciones meticulosas en una región donde el bisturí debía caminar libremente y sin peligros, ni toleraba la aplicación de numerosas pinzas para hacer la hemostasia de pequeños vasos que, apenas seccionados, habían de ocluirse por sí mismos ó con una ligera compresión. Así extirpaba en poquísimos minutos una mama cancerosa por grande que fuese y por numerosos ganglios que hubiera infiltrados, valiéndose de un procedimiento que bastantes años más tarde han recomendado Kocher y Halsted; y enucleaba voluminosos tumores con tal rapidez, que el mismo insulto traumático servía de hemostático eficaz; y atacaba un bocio parenquimatoso y muy vascular sin la menor hemorragia, con sólo ligar sus cuatro vasos nutricios.

Y esta confianza en sí mismo se revela en su historia quirúrgica, practicando la primera ovariotomía en 1860, cuando sólo hacía dos años que había inaugurado su primera serie en Inglaterra Spencer Wells y dos años antes que Nélaton, después de haber visto á este operador, se atreviese en Francia á arrostrar el anatema que sobre esta operación había lanzado la Academia de Medicina de París. Tuvo el Dr. Rubio en aquella época una original concepción para el tratamiento del pedículo, que más tarde ha sido aplicada, variando algo el procedimiento, en las histerectomías supravaginales: la de comprenderle en una ligadura elástica que, á la vez que era hemostática, le hacía caer por una especie de momificación.

En 1861 efectuaba la primera histerectomía; en 1874 la primera nefrectomía, y en 1878 la primera extirpación total de la laringe, de cuya observación dió cuenta á la Real Academia el 11 de Mayo de dicho año, es decir, cinco después que Bill-

roth practicara con plan determinado la primera operación de esta especie, que tanto llamó la atención del mundo científico. En esta comunicación hace el Dr. Rubio una historia completa de la laringuectomía; estudia sus indicaciones y contraindicaciones, las complicaciones que pueden surgir en el acto operatorio y durante la convalecencia, medio de salvarlas, y, por último, expone el procedimiento que debe emplearse para hacer más fácil y menos peligrosa esta intervención, á la vez que presentaba un modelo de glotis artificial con que sustituir la extirpada.

En estas intervenciones, erizadas de peligros, era donde se veía la confianza en sí mismo del hábil disector, y el valor y tranquilidad del gran cirujano, habiendo un síntoma por el que el espectador podía juzgar de la facilidad ó de las dificultades de una operación: en las de esta última clase, D. Federico canturriaba siempre, lo cual, como él decía, es una válvula de desahogo que se abre y que nos permite entre tanto seguir discurriendo, dueños de nosotros mismos. No se me olvidará jamás el lance que él mismo refiere en la *Reseña* del segundo ejercicio, págs. 24 á 29, acaecido al enfermo Alberto Aza. Operando un enorme fibro-sarcoma, desarrollado en el seno maxilar derecho de este enfermo, y cuando después de una laboriosísima y tremenda mutilación había conseguido enuclear casi en totalidad el tumor con todas sus ramificaciones, é intentaba separar el último pedículo que rellenaba el seno esfenoidal, la respiración del operado se hizo muy corta y lenta, inspirando serias inquietudes. En aquel momento se le ocurre á mi amigo el Dr. Ambrosio Rodríguez, que á mi lado le ayudaba, decir al oído de D. Federico por dos veces, pero en voz muy baja: «Se va á morir el enfermo.» Entonces el operador se vuelve airado á la segunda admonición y grita: «¡Vive Dios! Si no se muere de esto, ¿de qué puede morir?»

En otra ocasión era yo el operador. Mi amigo y compañero el Dr. Castillo administraba el cloroformo á la enferma, una joven robusta en la cual me disponía á practicar la extirpación del cuello uterino. En aquella época (1885) colocábamos á las operadas en posición de Sims. La cloroformización, que co-

menzó agitada, determinó la suspensión de la respiración, atribuyéndola nosotros á la asfixia provocada por la postura que comprimía el pecho, procediendo á practicar la respiración artificial, las tracciones rítmicas de la lengua, etc. D. Federico que, sentado á distancia, se apercibió del movimiento producido en el grupo, se levanta rápidamente, mira á la muerta y, separándolos á todos, coge el bisturí y de un tajo secciona la arteria temporal izquierda; la sangre no salía, y entonces empieza á friccionar y golpear la herida, cuando á los pocos momentos y por más fuerte expresión comenzó á babear aquélla, aumentando de un modo gradual la corriente hasta saltar un chorro que fué acompañado de la vuelta á la vida de esta operada, devolviendo á la vez la tranquilidad á todos los presentes. Después dió una nota clínica sobre la eclampsia clorofórmica y el medio más seguro de conjurar tan terrible accidente cortando desde luego la yugular externa y, si no basta, la arteria temporal; pues lo que importa es que la evacuación de sangre sea pronta. A esta conclusión le condujo el caso desgraciado de otro enfermo muerto en la mesa de operaciones, á las primeras inhalaciones de cloroformo, por rápida congestión del bulbo. Y añadía D. Federico: «¿Saben ustedes quién ha salvado á esa mujer? Pues la ha salvado un cadáver. La ha salvado Federico Montalvo, muerto en esa misma mesa por el cloroformo en el curso anterior.»

No acabaríamos nunca si fuésemos apuntando rasgos de bien entendido valor quirúrgico y de sagacidad clínica de tan eminente cirujano.

La conferencia publicada en la *Reseña* correspondiente al año 1882, sobre los *fungus de la dura madre*, constituye una interesante y completa monografía, en la cual el Dr. Rubio analiza todas las opiniones expuestas sobre la materia, razonando la suya contraria á la abstención y lamentando no se haya vuelto á la antiquísima cirugía craneal, que se proponía rehabilitar en nuevos casos de esta especie.

La historia de un *fibro-lipoma de la pared abdominal desarrollado entre los músculos pequeño, oblicuo y transverso,* dió motivo á una de las más hermosas conferencias que yo oí al Dr. Rubio

y en la cual desarrolló magistralmente la idea biológica sintética de las paredes abdominales, planteando como consecuencia de este estudio la génesis y la evolución del fibro-lipoma para deducir el procedimiento operatorio indicado en este caso y que ejecutó en todas sus partes, conservando el músculo oblicuo mayor y el transverso para proteger las vísceras abdominales, después de extirpado el voluminoso tumor (tomo III, pág. 84).

La historia de Joaquina Martínez, enferma cuyo broncocele fué confundido con un linfo adenoma del cuello hasta la terminación del drama quirúrgico, tan admirablemente descrito, es un notable estudio etnológico, que demuestra la cultura y la fina observación de D. Federico, á la vez que desmiente la opinión de los que afirman que no fué hombre de mucha lectura. Los vastos conocimientos que poseía de historia, de filosofía, de ciencias físico-químicas, de arqueología, de estética, etc., no se adquieren sino leyendo mucho.

Nunca demostró erudición de citas, pero fué lector reflexivo que almacenaba los conceptos sin preocuparse de los nombres de los autores ni del título de las obras en que los adquiría, logrando formar un sólido criterio que le permitía aplicarlos oportunamente en todas las cuestiones.

Él mismo nos dice: «Mi memoria es fatal; pero en cambio tengo una propiedad extraña: la facultad de la evocación. No me acuerdo de nada. A veces no puedo llamar á mis criados, por no recordar sus nombres. Con los más íntimos amigos suelo verme en apuros, y ando con rodeos porque se me olvida su nombre y apellido. Es muy posible que esta imperfección mental me haya obligado á suplirla con otros recursos. Tengo el poder de evocación en tal grado, que á veces me asusta. No empleo esta propiedad voluntariamente; antes solía hacerlo. Ahora sólo la ejercito involuntariamente, cuando un asunto fija mi atención moviendo gran interés.»

Y con efecto: este poder de evocación sirvió para salvar de una muerte segura á la operada, Ana Cervera, de que antes me ocupé, por haber acudido á su mente la causa que produjo el desgraciado accidente de Aza. Y esta misma facultad salvó la vida á Juana Hernández, operada de amputación de la pierna

por padecer una osteo-mielitis geódica de la tibia y el astrágalo. Presa de gran agitación á los pocos momentos del acto quirúrgico, fué acometida de vómitos incesantes, gran angustia, dolores intensos, sobre todo á lo largo de la espina y en la pierna amputada, malestar indefinible que la hacía prorrumpir en gritos, los cuales aumentaban al tocar el muñón. Este estado alarmante, que deprimió grandemente á la operada, continuaba veinticuatro horas después, ó sea en el momento en que hacía la visita D. Federico. Ver á la enferma y comprender el motivo de su grave situación, fué todo uno. Reunidos los profesores en la sala de operaciones, expuso y analizó en breve conferencia las causas que hubieran podido determinar el cuadro observado, y describió el triste fin de otra operada en iguales circunstancias, sobre la cual venía pensando hacía años. Después de recordar los incidentes ocurridos en la amputación verificada la víspera, y en la cual habíamos presenciado una anomalía vascular que obligó á practicar cuatro ligaduras, aseguró que el estado de esta operada no obedecía á otra causa más que á estar un nervio comprimido en una de ellas. En efecto: conducida la enferma á la mesa de operaciones y cloroformizada, cortó la sutura del muñón, despegó las adherencias formadas entre los colgajos y puso al descubierto el fondo de la herida con las ligaduras; tiró suavemente de una, y la enferma no dió señal de vida; lo mismo ocurrió con la segunda y la tercera; pero al hacer ligera tracción de la cuarta, la operada se retuerce á pesar de estar profundamente cloroformizada, y los músculos del muñón se contraen como en el acto de un fuerte reflejo. Repetido el experimento, suceden los mismos fenómenos. Aislado el nervio y seccionado por encima de la ligadura para que se viera bien, se rehace la sutura y se coloca el apósito, siendo trasladada la operada á la enfermería, mientras el Dr. Rubio explicaba el error de haber ligado un nervio en vez de un vaso; cosa fácil en esta enferma, en quien las arterias posteriores se habían ramificado de la poplítea anormalmente muy abajo y caminaban juntas, habiendo necesidad de dejar colocadas sucesivamente cuatro pinzas en los cuatro vasos próximamente unidos que constituían la ramificación. La operada tuvo una feliz convalecencia.

Otro día es un enfermo joven, de treinta y un años, quien da ocasión al Dr. Rubio para probar su sagacidad clínica.

Después de haber sido operado dos veces por una úlcera del labio inferior, este enfermo ingresó en la clínica con un tumor duro, escirroso, en la mitad derecha del mismo labio. Por los antecedentes y por los síntomas, diagnostícase en el dispensario su padecimiento de *epitelioma*. D. Federico duda acerca de la naturaleza del tumor en vista de la edad del paciente, y manda extirpar un trocito para su exámen histológico. El microscopio confirma el diagnóstico clínico, si bien los alveolos no estaban deformados, ni la capa epitelial más externa se hallaba desprendida de la pared conjuntiva, ni ésta ofrecía soluciones de continuidad por donde se determinara infiltración de aquellos elementos celulares; con lo cual arraiga más la duda, y ordena seguir observando al enfermo. Aparecen después infartos glandulares, que eran dolorosos á la presión y más inflamatorios de lo que corresponde á los dependientes de un tumor maligno; cuando una mañana vino á disiparse la duda, al reconocer de nuevo las lesiones y observar que, comprimiendo entre los dedos el carrillo, aparecían sobre la superficie indurada unas cuantas gotas de pus que salía por orificios invisibles y cuyo origen era una *foliculitis difusa*, que luego se trató con las escarificaciones, curándose el enfermo.

Pero ¿á qué seguir analizando hechos, para demostrar lo que está en la conciencia de todos? Basta con enumerar su discurso de ingreso en esta Academia sobre el «modo de prevenir las hemorragias en los actos quirúrgicos;» sus diferentes estudios sobre la «responsabilidad morbosa de los tejidos,» sobre las «torceduras angulares de la espina,» sobre «el angioma agudo,» sobre el «tratamiento de las fístulas de ano,» sobre «el tratamiento de los aneurismas arterio-venosos,» el de los fungus de la dura madre, etc., etc., y sus procedimientos operatorios de castración total y parcial, conocidos entre nosotros con los nombres de Extirpación de Martínez Angel y amputación de Gil, respectivamente, y el de histerectomía abdominal en los casos de fibroma de ancha base, para juzgar de las superiores condiciones de gran cirujano y de clínico eminente que reunía

el Dr. D. Federico Rubio. Los cinco tomos ó *Reseñas* del Instituto y las innumerables notas clínicas publicadas en *El Siglo Médico* y en la *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas*, constituyen, si se ordenan, un original *Tratado de Clínica quirúrgica*, en el cual, para que nada falte, hay un capítulo de generalidades de diagnóstico, de propedéutica y de deontología, más otro de educación quirúrgica, del cual vamos á transcribir algunos conceptos.

«La Patología se propone enseñar, instruir. La Clínica, sobre esto, necesita educar, disciplinar, hacer el *carácter del profesor*. Convertirlo en prudente, si no lo es; en razonador, si de suyo es ligero; en enérgico, si es tímido; en sereno, si azorado; en firme, si voluble; en paciente, si impaciente, y en todo caso resignado y humilde.

»Esta educación va dándola la práctica. Cuando un profesor de clínica y visita viene á viejo, si se libra de algún sabor de extravagancia ó de cierto mal genio aparente que la vida de cuidados y pesares trae consigo, llega á convertirse en medio santo.

»Los escritos de clínica deben dedicar una parte á la educación disciplinaria, aprovechando los casos que demuestren cuánto y cómo puede la paciencia, y otras cosas que no son intelectuales. influir en los sucesos.

»Una persona paciente, con menos inteligencia que otra impaciente, logra y hace lo que la segunda no puede conseguir á pesar de todo su talento.

»La instrucción y la inteligencia valen para dictar, pero no para llevar á término las cosas.

»La Terapéutica, y más principalmente la Terapéutica operatoria, ofrece dos períodos de estado: uno que pasa en el pensamiento, y otro que pasa en la materialidad de lo exterior. Por eso, en último término, da mejor resultado discurrir poco, pero hacer bien lo discurrido, que pensar mucho y hacerlo mal.

»Para ser cirujano se necesita muchas veces ir á Roma por todo: el peligro del crédito, de la honra y de perder la clientela, se ofrece, por desgracia, con harta frecuencia, y hay que saber

arrostrarlo, so pena de convertirse en un tímido pacato, y en un egoísta que, por salvar la responsabilidad, eluda el cumplimiento del deber.

»Adquirir la energía necesaria es casi imposible. Algo vale la educación del ejemplo, pero verdaderamente se necesita tener cierta aptitud orgánica independiente de buena voluntad.»

*
* *

Quien de tal manera discurre y argumenta, desde luego revela hábitos reflexivos, que le permiten profundizar en los diversos estados de conciencia, elevándose en la idealidad más allá de la esfera de lo sensible. Y D. Federico, aun en sus mocedades, dió pruebas, que luego se han ampliado, de ser un pensador, un verdadero filósofo. El *Libro Chico,* publicado en Sevilla en 1863, y *El Ferrando,* que escribió después en contestación á la crítica y á las impugnaciones que hiciera al primero un escritor de este apellido, vienen á constituir un ensayo de *Psicología fisiológica,* muy en armonía con el estado de conocimientos de aquella época, en cuanto á funcionalidad del sistema nervioso, aunque dejando entrever un adelanto en el concepto filosófico de nuestra realidad, basado en el progreso de la Ciencia, si bien en algunos momentos se sienta dominado por cierto misticismo.

Como tal se nos presenta al hablar de la dualidad del hombre dentro de la unidad, en las ideas fundamentales, apareciendo el fisiólogo cuando trata de algunos estados funcionales de lo libre ó alma.

Ocupándose de la meditación dice:

«En la meditación, lo libre va haciéndose superior á lo fatal finito. La atención se fija fuertemente sobre una idea madre, y de ella va por deducciones, y más frecuentemente por inducciones, recorriendo la serie lógica de la idea.

»Este trabajo intelectual es reposado y detenido.

»La sensibilidad, perteneciente á lo finito, se debilita sin abolirse. La inervación craneana aumenta algo, pero sólo lo que basta para que la circulación cefálica adquiera una mode-

rada actividad. El cuerpo está en reposo, los músculos del cuello se relajan, por lo que, generalmente, tenemos que sostener el rostro apoyando la mejilla sobre la palma de la mano.»

Ved ahora cómo describe la abstracción:

«Si durante la meditación se detiene mucho la voluntad sobre una idea de la serie, bien porque se interrumpa en ella dicha serie, bien porque sea idea de otra serie de diversa categoría, entramos entonces en estado de abstracción.

»Esta tiene caracteres particulares; pero según provenga de una ú otra causa, ocurren fenómenos distintos. En toda abstracción, se posa la inteligencia en una sola idea deteniéndose en ella; la sensibilidad exterior queda casi abolida. Así fué asesinado Arquímedes, sin apercibirse de la entrada en su aposento de los soldados enemigos.

»Cuando la abstracción procede de interrupción de serie, la inteligencia se para como nuestro pie al borde del abismo; por eso el vulgo, en su intuición científica, ha denominado á este estado *abismamiento*. La inervación acude con demasiada energía al encéfalo, de modo que la cabeza, aunque algo inclinada hacia adelante, está sostenida por la rigidez de los músculos cervicales y parece acortado el cuello.

»La sangre acude también con exceso á la cabeza; los ojos están exageradamente abiertos, y la mirada fija adelante y abajo, hasta que un malestar congestivo, ó el sacudimiento que nos imprime el primer extraño que llega, al vernos en tan particular estado, nos hace volver á nosotros mismos, doblando atrás el cuello y tronco, apretando los párpados y frotándonos la frente con la mano.

»La cabeza queda por algún tiempo desvanecida y dolorida.»

Al estudiar á D. Federico Rubio como filósofo y ver la importancia que en sus obras todas concede al método psicológico, no puedo menos de pensar en el gran filósofo griego; y para que sea completo el parecido, hasta le cuadra el retrato que hace Platón de su maestro Sócrates: «Majestuoso en medio de su sencillez, rebosando nobleza en sus palabras y sus actos, rodeado siempre de sus discípulos queridos, no se aparta de su pensamiento la gran misión que cree firmísimamente haberle sido confiada.»

Creyente, como Sócrates después de su renacimiento, tuvo como él por principio y norma el bien moral, sintetizando la vida en sus tres formas: virtud, justicia y belleza, aunque á esta última concediera menos importancia aquel filósofo.

Ved cómo se expresa al hablar del resultado final de los estudios clínicos:

«Cuando el hombre puede desprenderse del urgente apremio de las primeras necesidades de la vida, ó pasa á un estado de indiferencia, ó llega á sentir otro orden de necesidades, que se expresan por amor á lo bueno, por amor á lo bello y por amor á lo verdadero.

»Estos tres amores, sentidos por cada hombre que llegó á sentirlos, no quedan en un mero sentimiento abstracto é infecundo, sino que tal sentir de muchos, unidos, produce tres cosas que toman cuerpo, y cuerpo grande, muy grande, gigantesco. El sentir el amor de lo bueno en cada uno origina por suma de todos estos amores la moral, la religión, la caridad; y no moral, religión y caridad abstractas é incorpóreas, sino moral transformándose en derecho, en leyes, en tribunales, en hospitales y en mil otras cosas corpóreas y tangibles.

»El sentir amor de lo bello cada uno origina por suma de todos estos amores el arte, la arquitectura, la pintura, la escultura, la música; y no abstractas, cual se pretende que sean, sino encarnadas en obras y productos, en construcciones tales de cal y canto, de mármoles, óxidos y sales metálicas, en metales puros, maderas y barro, y movimientos y vibraciones del aire.

»El sentir amor á la verdad cada uno origina por suma de todos estos amores la Ciencia de Dios, la del hombre, la de la Naturaleza, Filosofía, Matemáticas, Historia natural, etc. Mas estas ciencias, producto de un amor fecundo, no se desarrollan á sí mismas ni en sí mismas, sino que resultan del concúbito de los tres amores. Así que ningún arte crece, ni se desarrolla, ni da frutos nuevos por sí y en sí dentro de su mero círculo de fuerza. Necesita el arte, para ser fecundo, el polen de la Ciencia unas veces, el polen de la Moral siempre.»

Adorando á un Dios supremo, proclamando el bien y la virtud como objetivo de nuestras acciones, sacrificándose por los

demás, siendo tolerante con todo el mundo, compadeciendo á los malos y teniendo por norma de la vida el estricto cumplimiento de todos los deberes, siguió en un todo la escuela de Sócrates, y como él predicó con el ejemplo, pero imprimiendo á su doctrina el sello ardiente de la caridad cristiana, que procuraba infiltrar en el corazón de todos.

«Vivir es funcionar (dice á sanos y enfermos en una de las saletas de visita del Instituto): no muere el que, volviendo al barro de que procede, continúa haciendo el bien más allá de su tiempo.»

Ya hemos visto en páginas anteriores cómo enseñaba el Doctor Rubio, empleando el método inquisitivo del filósofo griego (la duda socrática). En su libro *La Felicidad*, que él titula modestamente *Primeros ensayos de Patología y de Terapéutica social*, y que yo llamaría mejor *Psicología colectiva*, se expresa en estos términos:

«El que investiga la verdad, ha de procurar ante todo despojarse de sus simpatías y de sus inclinaciones hacia una ú otra solución.

»El investigador científico ha de empezar por no creer saber lo que investiga. Si lo sabe, ¿qué necesidad tiene de investigarlo?»

Hubo un tiempo en que ciertas gentes, mal avenidas con las ideas liberales é incapacitadas para hacer daño á la personalidad científica de D. Federico Rubio, sólidamente cimentada, motejáronle de descreído, alejando con esto de su obra benéfica algunas voluntades que hubieran podido y debido ayudarla; error grande de que algunos se curaron después de conocerle y que hubieran podido desvanecer con sólo pensar en los fines que perseguía y leer sus obras.

Él mismo ha dicho: «A la Ciencia no le toca hoy más que proclamar la existencia del sentimiento religioso, investigar sus orígenes y procurar enaltecerlo, llevándolo del *temor* de Dios al *amor* de Dios. El hombre cree porque siente una cosa interior que le impulsa á creer, en lo cual siente consuelo y cifra su defensa.

»Duda, porque esa misma cosa, al pretender darle cuerpo y

forma exterior, no encuentra en qué posarse. Y si la mira en el pasado, se horroriza; y si la mira en el presente, no se satisface.»

Y á pesar de estas positivas deducciones de su reflexivo estudio, vivió y murió como el más ferviente católico, no olvidando ni aun en los tiempos de su azarosa vida política la fe religiosa heredada de su santa madre; pues recuerdan los sevillanos, que durante la época revolucionaria era frecuente ver al Dr. Rubio postrado ante la imagen de la Virgen de Triana, á los pocos momentos de haber arengado á las masas populares, quizá para pedirle el triunfo de la causa que defendían.

Si, como dice Kant (1) en la introducción á sus lecciones sobre la Lógica, «el verdadero filósofo es el filósofo práctico, que enseña el *buen* obrar por sus preceptos y su ejemplo,» hemos de convenir en que D. Federico lo fué por muchos títulos. Como última prueba, que lo es á la vez de su sentimiento altruísta, del cual hemos de ocuparnos luego, basta citar los siguientes párrafos de su «Carta á las curadoras del Instituto de Terapéutica operatoria:»

«El paso más difícil y atrevido dado por el Instituto de que son curadoras, consiste: en proponerse regirlo en régimen de familia. Esto es, hacer de *un hospital una familia de enfermos,* cuidados y atendidos por una familia de sanos de corazón, á cuya cabeza están las señoras curadoras, y seguidamente las señoras enfermeras, los médicos y dependientes, cada cual en su lugar. En cambio de los afanes que lo dicho supone, las señoras curadoras podrán en su cargo gozar del placer de hacer el bien, en este puesto mejor que en ningún otro de los que el mundo ofrece.

»Aquí encontrarán reunidos gran número de desgraciados, de los más desgraciados. Sobre pobres, verse en la necesidad de abandonar sus casas, sus hijos, quizá para no volver á verlos, y ante la triste y temerosa perspectiva de una última esperanza, librada en una mutilación de su cuerpo ó en otra operación más grave y dolorosa. Tienen, pues, ocasión aquí de

(1) *Crítica de la razón pura.*

ejercer muchas obras de misericordia. Tienen aquí, además, una escuela de la vida, donde ellas y sus personas amadas pueden adquirir con el ejercicio y por el uso el sentido del placer del bien. Sentido que toda criatura también tiene más ó menos; *pero que es necesario educar con el ejemplo, para que se haga vivo, tome cuerpo y se convierta en una necesidad de cada persona*. Y así como el jugador no puede vivir sin jugar, y siente ansias que le hacen atropellar por todo, por honra y por familia, así la costumbre de hacer el bien desinteresadamente desenvuelve ansias igualmente vivas; pero tan sanas como malsanas son las otras.»

¡Hermosas máximas de evolución moral, dignas, más que de un sociólogo práctico, de un santo!

*
* *

Basta repasar las páginas de su libro sobre *La Felicidad* para conocer al pensador profundo que, después de estudiar á la luz de la Psicofisiología los males que afligen á la humanidad, busca su remedio de la manera natural que la Ciencia misma le indica, resolviendo los grandes conflictos sociales con la alteza de miras que informa todos los actos del varón sabio y santo dispuesto á sacrificarse por sus hermanos.

Su concepción original del proceso evolutivo de la sensibilidad, cuyo índice está en razón directa del grado de civilización de la especie humana, nos hace comprender las diferencias en la expresión de las emociones y de los sentimientos; como el estudio de las causas de infelicidad, hecho desde puntos de vista completamente nuevos y que revelan una observación sagaz, conduce á una Terapéutica sencilla, basada en la Higiene, la Ética y la Pedagogía.

Al llegar á este punto, el psicólogo cede el puesto al sociólogo, quien tras un himno hermoso á la fraternidad, aborda el problema social en sus múltiples aspectos: del derecho á la vida, del conflicto entre el capital y el trabajo, de la necesidad de los placeres honestos, de la patología del amor, del sentimiento del honor, de los vicios como causa de infelicidad; cues-

tiones todas que, si no de fácil solución en una sociedad compuesta más de diablos que de ángeles, están tratadas de manera tan práctica y á las veces tan profundamente sentida, que bien se alcanza la posibilidad de la reforma como medio de obtener la perfección y felicidad de la especie humana, demostrando también su interesante estudio la tendencia del autor á procurar á sus semejantes el mayor bien posible. El primer remedio que propone para alcanzar la felicidad es la *educación del índice de sensibilidad.*

¿De qué modo?

Oigamos al Dr. Rubio sobre este particular, porque no puede darse cuadro más acabado ni mejor descrito:

«Causan miedo, bajo este respecto, la Ética y Pedagogía al uso que de presente imperan. No parece sino que, deliberadamente y exprofeso, procuran los medios más conducentes á perturbar y malear el índice de sensibilidad de la juventud.

»En la primera y la segunda infancia, colegios conventuales; rígida y severa observancia en la represión de los apetitos. De repente, suelta absoluta. Allá va ese adolescente, reprimido, roto el freno y desbocado, á donde le lleve la Providencia.

»Si la educación es doméstica, no resulta mejor.

»Encomiéndase primero á alguna institutriz. Bueno, si se trata de niñas, ó de niños que no pasen de seis años. Pero no es infrecuente que sigan educados por señoritas hasta los nueve ó los diez años. Su influencia es nociva. Ocupados los padres ó distraídos, el niño se cría y educa en una atmósfera exclusivamente femenina, y suele adquirir esas formas y tendencias, que siguen desenvolviéndose después en el degradante sentido del feminismo. Por desgracia, acentúase más la incorrección. Se pone al niño así dispuesto al cuidado de un joven sacerdote, elegido por su aplicación y buenas costumbres, y que, en efecto, lucha consigo mismo y está en ese duro período de disciplina en que el buen sacerdote ha de educarse á sí propio para la abstinencia y la virtud. Triunfo que no se logra sin luchas ni tristezas. La cabeza baja, los ojos en el suelo, el pensamiento en el temor del pecado, huyendo de tentaciones, parece que está retenido por la violencia en el trato con las gentes.

»Y esos estados afectivos y sus formas externas se transmiten al niño, tomando el carácter de pacatez é hipocresía, que con el feminismo antecedente dan un producto cuya contemplación hace llorar.....

»Producto que luego llena los casinos y se pone de muestra en sus balcones á todas horas del día, *haciendo tiempo* con ver pasar las gentes, como mujeres ventaneras.....

»El niño, además de comer, vestir, etc., necesita jugar para sentirse feliz. Y sigue el adulto: el juego sigue siéndole necesario en alto grado, transformado en bailes, músicas y otras diversiones.

»En este período es necesario vigilar mucho tales inclinaciones, favorecer y dar pábulo á las unas, contener ó distraer las otras, según y conforme las condiciones del individuo.

»Conviene despertar la afición á los placeres honestos: el del campo, el de los viajes, el placer de cultivar las flores, el de la caza, etc.

»El que se distrae y goza con el espectáculo de la Naturaleza, afina su índice de sensibilidad y huye de las impresiones fuertes.

»El que se aficiona á la música, el que goza con la pintura ú otra arte bella, ya tiene mucho camino andado para ser feliz á poca costa. Debemos también aspirar á que *el trabajo se convierta en ocupación habitual, y luego en labor agradable.*

»El trabajo, hasta la fecha, *ha sido pena.* Hoy todavía se siente como tal, y se seguirá sintiendo hasta que alcancemos un estado de cultura que se halla algo distante.

»Antes que se sienta el trabajo como ocupación, como función armónica de la propia actividad, y antes que se sienta como fruición grata, necesita el poderoso acicate de la necesidad ineludible.

»No es lo peor que lo sintamos como *pena,* sino que lo creemos *como pena impuesta.*

»Librarse de esa pena es el conato general.

»De aquí procede que observemos mayor inactividad y pereza en los individuos y en los pueblos á medida que les es más fácil obtener lo indispensable para su alimento.

»En las provincias fértiles, las necesidades se satisfacen fácilmente. Véase por qué sus habitantes huyen del trabajo, buscan un acomodo, y la mayoría de los españoles un empleo.

»Sacrificando la libertad, puede obtenerse el alimento gratuito á costa de la cosa de más precio que tiene la criatura.»

Así lo enseña la Historia antigua y lo confirman las comunidades religiosas.

Pero ¿cómo se convierte el trabajo *de pena* en ocupación habitual y en labor agradable? Pues fomentando la enseñanza gratuita de artes y oficios, dice D. Federico, para que con más inteligencia y menos esfuerzos y fatigas resulte el trabajo más productivo; para que la clase trabajadora pueda, con fines altruístas, tener capital, no para malgastarlo en huelgas cual ahora sucede con las cajas de resistencia, sino con el fin de atender al beneficio de la universalidad y socorrer al impedido para el trabajo, dándole el dinero preciso para que él satisfaga las necesidades de su vida. Sin embargo, este último extremo ya está previsto en la actualidad con la ley de accidentes del trabajo, la cual obliga al patrono á socorrer en su domicilio al obrero lesionado.

El *trabajo* y el *altruísmo*. He aquí las dos palancas que han de resolver el pavoroso problema social del hambre.

Por lo mismo que el hombre que trabaja tiene derecho al socorro para satisfacer las necesidades fisiológicas indispensables cuando el producto de su trabajo es insuficiente, ó en el caso de imposibilidad para trabajar, el holgazán absoluto ó relativo, dice el Dr. Rubio, no tiene derecho á nada, y la sociedad sí que lo tiene para expulsarlo de su seno como miembro voluntariamente podrido.

Pero no son los Gobiernos de los Estados ni las fundaciones benéficas los que satisfacen esta necesidad alojando á los mendigos en los hospicios y vistiéndolos con trajes uniformes; pues obrando así, quebrantan una ley más superior aún que la del *trabajo: la libertad;* y sacrifican la satisfacción de otra necesidad mayor, cual es el concepto y sentimiento de la propia dignidad.

¿Dónde está, pues, el verdadero remedio?

Según el Dr. Rubio, en una Sociedad de socorros mutuos,

constituída con el concurso de obreros, patronos, capitalistas y Estado, cuyos fondos comunales producirían una renta suficiente á conjurar las crisis de los trabajadores, quienes no se sentirían rebajados reclamando de la Sociedad los auxilios que les corresponden; en los Sindicatos y Jurados necesarios para valorar el mínimum de precio de un trabajo y evitar los abusos de los patronos y comerciantes, á la vez que, constituídos los segundos en Tribunal, puedan atender las quejas justas de los trabajadores y velar por el bienestar de la clase obrera, procurándole alimento suficiente, vivienda sana é instrucción gratuita, que es lo menos á que tienen derecho.

Resulta, pues, en último análisis, que al *régimen individual egoísta*, hoy imperante, debe sustituirlo el régimen *individual altruísta*.

Así lo comprendió D. Federico, y por eso lo puso en práctica desde los primeros años de su vida. Él se sacrificó por su familia en cuanto su desarrollo físico é intelectual le permitió luchar por la existencia de los suyos, multiplicando sus aptitudes y trabajando sin descanso; él adquirió en su patria y fuera de ella conocimientos que transmitió á los demás sin otra recompensa que la satisfacción de ser útil á sus semejantes; él fundó sociedades científicas y centros de enseñanza por el placer de estimular la afición al estudio y extender la cultura, cuando no le reportaba ninguna utilidad, y más bien le robaba el tiempo para la práctica profesional; él creó su Instituto de Terapéutica operatoria primero, y su Hospital de la Moncloa después, por el deseo de mejorar la triste condición del enfermo, proporcionándole todas las ventajas y todas las preeminencias que la Ciencia y la Caridad pueden prometer; él estableció la *Escuela de enfermeras de Santa Isabel de Hungría* para procurar á las pobres mujeres españolas un medio decoroso de ganarse la vida, á la vez que prestan sus servicios al enfermo con la inteligencia, el cariño y la economía que les exigen sus Estatutos; él, como verdadero patriota y filántropo, se esforzó siempre en ayudar y estimular á los demás, para que por virtud de su propia acción independiente y libre se elevaran y asegurasen honradamente su porvenir, sin esperar por ello otra recompensa

que la satisfacción interior de haber contribuído al bienestar de los que trabajan. Y ¡ojalá que este ejemplo tuviese muchos imitadores, porque entonces sería posible la regeneración de nuestro país!; pues como dice muy oportunamente Samuel Smiles (1), «el progreso nacional es la suma de la laboriosidad individual, de la energía y de la rectitud, como la decadencia nacional lo es de la indolencia individual, del egoísmo y del vicio.»

Tanto preocuparon siempre á D. Federico las cuestiones sociales, que le sorprendió la muerte cuando estaba entregado al estudio de los problemas que más perturban hoy la tranquilidad de todas las naciones. Colocado en la Presidencia de la Comisión de Reformas, tuvo ocasión de conocer muy de cerca los movimientos de la opinión en nuestro país y de apreciar la justicia de ciertas pretensiones de la clase obrera, á las cuales busca solución en su última obra, *La mujer gaditana*, tomando como base las remembranzas de la historia y de la vida económica de la antigua Gades, á cuyas mujeres ha levantado un grandioso monumento. En este libro, surgido al conjuro mágico de su poder de evocación, ha puesto el Dr. Rubio toda la finura de su ingenio, toda la galanura de su estilo, toda la delicadeza de su instinto observador, toda la ternura de su corazón y toda su alma de artista. Es su verdadera obra maestra desde el punto de vista literario, y prueba una vez más la vastísima cultura que poseía el autor. En ella encuentra el ánimo instrucción y deleite: cuando describe, es un Galdós con su maravilloso don de hacer revivir á personajes que fueron; cuando comenta y profundiza en las causas del desquiciamiento social, es un Spencer. Conocedor del corazón humano, siempre se siente inclinado á la piedad, encontrando motivos que justifican la primera caída, y procurando que los actos posteriores del desgraciado le rediman y dignifiquen.

¡Cuántas páginas hermosas encierra este libro, producto espontáneo y sincero del vagar del pensamiento, y por ello tan original! Estudios históricos, médico-sociales, económicos, psicológicos, idilios encantadores que conmueven hondamente:

(1) *Self Help*, cuarta edición: París, 1893.

todo aparece al evocar recuerdos íntimos de una larga y bien aprovechada vida, madurados por el estudio y expuestos con ameno estilo y en castiza prosa, más cuidada por D. Federico cuanto más avanzaba en años, sin perder el sello de originalidad que á cien leguas le denunciara aunque no ostentasen sus obras el nombre impreso en la portada.

*
* *

No quiero cansaros recordando toda la labor del Académico Dr. Rubio desde el día 31 de Mayo de 1874, en que leyó su discurso de ingreso, hasta el año de 1890, en cuya fecha, y por motivos de salud, dejó de concurrir á las sesiones, aunque posteriormente despachara con exactitud todos los asuntos que en la Sección correspondiente se le encomendaran.

En tan largo período de veintiocho años, muchas fueron las sesiones literarias en que intervino, esclareciendo puntos obscuros de la Ciencia, dando á conocer los resultados de su práctica en muchos afectos quirúrgicos, descubriendo nuevos procedimientos operatorios, relatando interesantes observaciones y exponiendo á la consideración de sus compañeros ideas propias acerca de la historia natural de algunas neoplasias. Enemigo de la discusión, que fácilmente degenera en disputa, gustaba en las sesiones académicas del método *poliléctico*, á semejanza de lo que se hace en las Sociedades científicas inglesas y aun en las alemanas, exponiendo el hecho ó la idea en pocas palabras; y si uno ó más individuos tienen algo de cosecha propia que ratifique ó esclarezca el asunto, lo dice también de modo breve y sencillo. Por eso alguna vez perdió la calma y pronunció un discurso-catilinaria, al recibir los ataques un tanto personales que le dirigiera en la discusión de un tema quirúrgico otro Académico eminente, pero más nervioso, elevando entonces los tonos de su disertación, á reserva de salpicar ésta con algún chiste oportuno de su ático gracejo. Por lo demás, siempre fué correcto con los compañeros, y supo tratar todas las cuestiones en el puro terreno de la Ciencia, sin herir la susceptibilidad de nadie. Su oratoria correcta, elocuente y persuasiva siempre sa-

bía fascinar al auditorio, aun en asuntos de hipotético fundamento, llevándole á admitirlos como positivas adquisiciones: no es de extrañar, por tanto, que sus juicios en Ciencia constituída fuesen acatados sin reservas, y que se escucharan en todas las ocasiones con el respeto é interés que inspiran los grandes maestros. Y era tan sabio como modesto, pues huía de toda exhibición y criticaba á cuantos tienen la vanidad de asociar su nombre á la cosa más nimia.

«Nunca he procurado pegar mi insignificante apellido—dice D. Federico en el tomo IV del Instituto—á ninguna cosa ni operación que haya interpretado. Siento antipatía hacia la vanidad, y me burlo de la Cirugía que está plagada de nombres asociados á una aguja, á un estilete, ó á practicar, en una operación, un corte hacia arriba ó hacia abajo, ú otra insignificante nimiedad.»

Este mismo criterio le obligó á oponerse tenazmente al fallo plebiscitario, que ha bautizado al Hospital de la Moncloa con el nombre de *Instituto Rubio*, á pesar de que el fundador mandó colocar sobre la puerta principal una lápida que dice *Instituto quirúrgico*.

Gozó el Dr. Rubio de honores y condecoraciones otorgados á sus merecimientos, sin que jamás aquéllos orlaran su apellido, ni éstas lucieran sobre su pecho; y no quiso admitir más títulos que aquél tan honroso, que le fué conferido por el «Real Colegio de Cirujanos de Londres,» pues representaba la consagración de toda su vida profesional.

Nunca con más justificado motivo que en la ocasión presente podría yo repetir aquellas sentidas palabras de Gladstone después de la muerte de Lord Palmerston, describiendo sus cualidades:

«Estoy convencido de que gracias á su fuerza de voluntad, al sentimiento que tenía del deber y á su determinación de no ceder, pudo llegar á ser un modelo para nosotros; gracias á esa fuerza de voluntad, pudo también, si no combatir, por lo menos acallar y tener á distancia los achaques de la vejez. Era de una naturaleza incapaz de experimentar la cólera ó el odio. Esa ausencia de sentimientos iracundos no era el resultado de un esfuerzo penoso, sino el fruto espontáneo de su alma. Era un

noble don de su naturaleza original, un don que se hacía distinguir sobre todos los demás; don que nos es dulce recordar hoy, pensando en aquél que ya no existe, y por quien ya nada podemos, si no es tratar de seguir su ejemplo y ofrecer á su memoria el tributo de admiración y reconocimiento, que merece de nosotros.»

He dicho.

PENSAMIENTOS DEL Dr. RUBIO

Diferénciase el necio del talentoso, en que al primero el amor propio le impide ver los defectos, mientras que al segundo no. Al contrario, los ve, los reconoce y procura enmendarlos, si cabe enmienda.

*
* *

Mucho exigir del hombre, es pedirle que se critique á sí propio: por eso, hasta el presente, ha sido cosa encomendada á extraños.

*
* *

El egoísmo individual es un enemigo formidable de la razón y de la justicia.

*
* *

En la naturaleza, lo menos malo es lo más fuerte. La moral es más escasa en las víctimas que en los verdugos.

*
* *

Los conflictos sociales no han de resolverse abatiendo á los ricos, sino mejorando y dignificando las condiciones de los pobres.

*
* *

El bien siempre produce el bien, mientras que el mal, ó se aniquila por el mal mismo, ó degrada de menos á menos hasta transformarse en algo bueno ó casi bueno.

*
* *

Muy poco se necesita para vivir con limpieza. La pobreza limpia es muy llevadera; si se le añade la dignidad, es casi plácida.

*
* *

La miseria sólo resulta del consorcio de la pobreza con la suciedad ó con la degradación del vicio.

*
* *

En el hospital, el preferido ha de ser el enfermo más grave y más desamparado. Fuera de esta distinción caritativa, no debe haber ninguna.

*
* *

La irreligiosidad es un falso alarde. No hay criatura humana desposeída de sentimiento religioso. Hay quien tenga una fe ó tenga otra, ó no tenga ninguna en las religiones positivas; pero es evidente que infinitas veces acude con el pensamiento á un Sér Supremo y solicita su amparo.

*
* *

Los hospitales, mansiones de dolores, necesitan indispensablemente satisfacer tan ineludible necesidad del espíritu. Hospital sin religión, es fuente seca delante de sediento.

*
* *

Nada más humano que las simpatías ó antipatías personales, las recomendaciones y los influjos. Hay que vencer tales movimientos del ánimo. Hay que tratar igualmente á todos, y si se le concede alguna atención mayor á alguno, que sea al más necesitado.

*
* *

Si hemos de hacer las cosas por razón y no por la rutina, es indispensable que los hospitales correspondan á un sistema de unidad: «Tomar al hombre enfermo y devolverlo á la sociedad sano y útil, ó si incurable, á la tierra y al eterno reposo.»

PUBLICACIONES

DEL DR. D. FEDERICO RUBIO Y GALI

Año de 1849.—Manual de Clínica quirúrgica: Cádiz.
— 1862.—Conversación sobre el cáncer: Madrid *(El Siglo Médico* de 1862, 63 y 64).
— 1863.—El libro chico: Sevilla.
— 1863.—El Ferrando: Sevilla.
— 1874.—¿Cómo deben prevenirse las hemorragias en los actos quirúrgicos? Discurso de ingreso en la Real Academia: Madrid.
— 1876.—La circuncisión. Estudio médico-social: Sevilla.
— 1876.—Resultados obtenidos en mi práctica del tratamiento de la coxalgia por el aparato de Sayre: Madrid *(El Siglo Médico)*.
— 1878.—Caries y estenosis laríngea. Extirpación total de la laringe: Madrid *(El Siglo Médico)*.
— 1878.—La ovariotomía: Madrid.
— 1878.—Las deformidades del cuerpo humano: Madrid.
— 1879.—Modo de tratar el pedículo en la ovariotomía: Madrid *(El Siglo Médico)*.
— 1879.—Aneurisma verdadero de la mitad inferior de la carótida primitiva derecha curado por la compresión digital por encima de la dilatación, ó sea entre el aneurisma y los capilares: Madrid *(El Siglo Médico)*.
— 1881.—Reseña del primer ejercicio del Instituto de Terapéutica operatoria: Madrid.
— 1882.—Idem del segundo: Madrid.
— 1883.—Idem del tercero: Madrid.
— 1884.—Idem del cuarto: Madrid.
— 1885.—Idem del quinto: Madrid.
— 1890.—La Socio-patología. Discurso inaugural de la Real Academia.

Año de 1879 á 1899.—Multitud de conferencias y notas clínicas en *El Siglo Médico*.

— 1894.—La Felicidad, por el Dr. Ruderico: Madrid.
— 1898.—Tratamiento de la uña encarnada: Madrid.
— 1899.—Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas: Madrid.
— 1900.—Idem id. id.: idem.
— 1901.—Idem id. id.: idem.
— 1902.—Idem id. id.: idem.
— 1902.—La mujer gaditana (obra póstuma): Madrid.

DICTÁMENES DE SECCIONES Y COMISIONES

APROBADOS POR LA ACADEMIA

I

De la Sección de Medicina sobre tres obras del Dr. Bernheim, en opción al nombramiento de Corresponsal.

En comunicación de 6 de Mayo del corriente año, se han enviado á la Sección de Medicina de esta Real Academia tres obras del Dr. Samuel Bernheim, en opción al título de Socio Corresponsal.

Estas tres obras son: *La Tuberculose et la Medication Creosotée*, en 4.° mayor y de 318 páginas; *La Medication Ergotée*, en 4.° menor y de 193 páginas, y *La Immunisation y Sérumthérapie*, en 4.° menor y de 358 páginas.

La primera está editada en 1901; la segunda, en 1900, y la tercera es segunda edición, revisada y corregida, y está publicada en 1897.

La Sección, después de examinar estas obras, somete á la consideración de la Academia el siguiente informe:

Siendo la medicación creosotada la que, en el orden farmacológico, puede considerarse como la única adecuada al trata-

miento de la tuberculosis, este libro, que viene á ser un resumen experimental y clínico de cuanto á la creosota y sus derivados se refiere, viene á llenar una laguna en la literatura médica contemporánea, pues que resume cuanto acerca de la creosota sabemos, y cuanto conviene también saber al clínico acerca de sus derivados y compuestos.

Empieza el autor haciendo la historia de la creosota y de las vicisitudes por que ha atravesado este remedio, atribuyendo las decepciones de los clínicos, por los malos efectos observados, á la impureza y á la mala obtención del medicamento.

Una creosota impura produce perturbaciones en el tubo digestivo y en el estado general, tratando en este concepto de los medios de obtención y de los de purificación de este fármaco.

Hablando del poder antiséptico de la creosota, considera que no es un específico, como el mercurio, por ejemplo, en la sífilis, haciendo consideraciones sobre la inconstancia de sus efectos en la enfermedad en que se aplica.

Respecto á la acción fisiológica, dice: que en el aparato respiratorio produce lentitud en el ritmo; en el digestivo, irritación en el estómago, y que aumenta la nutrición de los tísicos, pero no la del hombre sano; y considera que los peligros de administración por la vía gástrica, no compensan las ventajas que pueden obtenerse administrándola por esta vía.

Muéstrase, en cambio, muy partidario de la administración de este remedio por la vía rectal y, sobre todo, por la vía hipodérmica, única por la que se pueden administrar, bajo la forma de aceite creosotado, las cantidades de medicamento que necesite el tuberculoso, para que la medicación sea eficaz.

Las inhalaciones de creosota las considera sólo como un ayudante del tratamiento, pero no como un tratamiento.

No deja tampoco de tratar de las fricciones creosotadas, de las que puede decirse lo mismo que de las inhalaciones.

Después de hacer en dos capítulos sucesivos consideraciones acerca de la medicación creosotada, en los que consigna que en las hemoptisis sin fiebre la creosota es el mejor hemostático, pasa á ocuparse del guayacol, de su historia, de su composición química y de sus ventajas sobre la creosota, de la que puede

considerarse casi como el principio más activo, hasta tal punto, que cree siempre que el guayacol es preferible á la creosota, sobre todo por la vía gástrica, á la que no perturba como aquélla.

Con esto termina la primera parte de su libro el Dr. Bernheim, consagrando la segunda al estudio de los poli-éteres de la creosota (carbonato de creosota, carbonato de guayacol, fosfato de creosota, tanno-fosfato de creosota, fosfito de creosota, valerianato de creosota, fosfato y fosfito de guayacol, canforato de creosota, tannato de creosota, creosoformo, gayaformo, succinato de creosota y cacodilato de guayacol).

De todos estos poli-éteres hace un estudio detenido, hablando de su historia, de su preparación, de los hechos experimentales y de los clínicos, concluyendo, como consecuencia de este prolijo y completo estudio, que el empleo de los poli-éteres de la creosota es superior al de la creosota en substancia; y que entre los poli-éteres creosotados, los mejores son aquéllos en que entra un radical fosforado.

Consigna también que la antisepsia pulmonar no está demostrada; que la creosota obra indirectamente sobre el bacilo, inclinándose á pensar que la hiper-acidez que la medicación creosotada produce, puede ser causa de que el bacilo de Koch atenúe sus efectos y sus consecuencias, por el antagonismo que parece existir entre el terreno artrítico hiper-ácido y el tuberculoso hipo-ácido, pues que parece un hecho, si no concluyente, por lo menos muy aceptable, que la acidez de la sangre representa el coeficiente de la resistencia morbosa, mientras que el terreno hipo-ácido favorece la purulación del bacilo; terreno poco mineralizado, terreno hipo ácido, terreno tuberculoso, terreno sobre-mineralizado, terreno hiper-ácido, terreno artrítico, terreno anti-tuberculoso.

En resumen, dice el autor, después de analizar todas estas consideraciones, puesto que el terreno tuberculoso se desmineraliza y pierde fosfatos y cloruros, hay que darle fosfatos y creosota, decidiéndose, como la mejor preparación para combatir la tuberculosis, el fosfato de creosota de entre todos sus derivados.

La segunda obra, *La Medication Ergotée*, aunque no ofrece tanto interés como la precedente, no deja por esto de ser un libro muy bien escrito, cuyo principal objeto parece ser, no solamente el difundir las múltiples indicaciones del cornezuelo de centeno y sus derivados, sino resucitar, por decirlo así, su empleo en Ginecología y en Obstetricia.

Trata de las preparaciones de ergotina, consignando que la mayor parte de los reveses terapéuticos obtenidos con este remedio, se deben á haber empleado ergotinas mal preparadas, que tienen aceites volátiles y otros productos verdaderamente tóxicos.

Hace un estudio muy detenido y muy convincente acerca de los efectos de la ergotina sobre las capas musculares del útero y sobre los vasos, como consecuencia del cual afirma, que la ergotina no puede producir nunca contracciones tetánicas de las fibras circulares del cuello uterino; que su efecto es tan pasajero, que la contracción nunca podría ser duradera, hasta el punto de evitar las maniobras que cada caso reclamase, y considera que está indicadísima en la expulsión tardía de la placenta, y para la expulsión de coágulos después del parto ó de las grandes hemorragias.

Respecto de la Ginecología, cita casos de expulsión de fibromiomas con la medicación por la ergotina, considerando que es un buen medio de tratamiento de estos tumores uterinos.

Realmente, en lo que toca á la Ginecología y á la Obstetricia, el autor trata en este libro de sacar esta medicación del ostracismo á que se halla hoy condenada, aduciendo argumentos muy científicos y muy clínicos, que no pueden mirarse con desdén.

Trata después de las indicaciones de esta medicación en las enfermedades cardiacas, en las que obra como un sedante indirecto del corazón; de sus aplicaciones como hemostático, y de todas aquellas aplicaciones, muy numerosas, que se desprenden y deducen de sus efectos sobre la circulación capilar. Así, por ejemplo, trata en capítulos sucesivos de los resultados de esta medicación en las inflamaciones, en la hipertrofia del bazo, en el bocio, en los sudores de los tísicos y en las neurosis.

Considera preferible al cornezuelo de centeno la ergotina, y la vía hipodérmica el medio de administración más sencillo y eficaz.

Respecto de la ergotinina, cree que, aun cuando tiene una eficacia indudable, su exagerada acción obliga á manejarla con mucho cuidado.

Concluye este libro con un estudio de la intoxicación crónica por el cornezuelo de centeno y las diferentes formas de esta intoxicación, bien conocidas y casi desaparecidas en aquellos países en que, por el uso del pan hecho con centeno que tenía cornezuelo, se sufrían antes verdaderas epidemias de esta enfermedad, pues que el conocimiento de la misma ha hecho desterrarlo casi por completo.

El tercer libro del Dr. Bernheim es un trabajo completísimo sobre la inmunización y la sueroterapia, que agranda, por decirlo así, otro primer trabajo del mismo autor, escrito hace trece años y que todos leímos, cuando comenzó á emplearse el suero anti-diftérico, con los sorprendentes resultados que el tiempo ha venido á confirmar.

El autor desenvuelve la materia en este libro metódicamente, y empieza á hablar de la inmunidad natural, no solamente en lo que toca á las condiciones del sujeto, sino también á las del medio que le rodea.

Trata después de la inmunidad adquirida por las vacunas, y por lo que llama vacunación patológica, es decir, por haber quedado el terreno inapto para el desarrollo del germen, después de haber pasado el sujeto la enfermedad ocasionada por este germen.

Estudia después las diferencias que existen entre la vacunación y la inmunización, que entra dentro del terreno de la sueroterapia moderna; y después de tratar de estos interesantes asuntos con gran detenimiento y resumiendo todo lo que acerca de ellos hoy se conoce, pasa á estudiar, en capítulos diferentes, el tratamiento sueroterápico del tétanos, de la difteria, de la tuberculosis, de la pneumonía, del cólera, de la viruela,

de la septicemia, de la sífilis, de la fiebre tifoidea, de la influenza, del carbunco, de la estreptococia, del cáncer, de la fiebre recurrente y del *muguet*.

Claro está que no todos los capítulos dan resuelta la cuestión del tratamiento sueroterápico, porque desgraciadamente no lo está aún en todas las enfermedades que acabamos de enunciar; pero en aquéllas en que la situación no está aún resuelta del todo, expone la última palabra en el orden experimental y en el clínico, de suerte que nada se omite en materia tan interesante y tan de actualidad.

Las tres obras, de que acabamos de dar sucinta idea, están escritas con concisión, con claridad suma, con un criterio médico muy elevado, y el autor demuestra en ellas que no es un médico de gabinete, sino un médico muy práctico y muy concienzudo en la apreciación de los hechos y en la interpretación de los mismos.

El Dr. Bernheim es además autor de otras diez y seis obras de Medicina y de Terapéutica, cuyos enunciados son todos ellos por demás interesantes.

La Sección, por lo tanto, considera que el Dr. Bernheim merece el título de Socio Correspondiente de esta Real Academia, que solicita con fecha 22 de Marzo de 1901.

La Academia, en su superior ilustración, resolverá lo que crea más oportuno.

Madrid, 28 de Junio de 1901.—*El Presidente,* M. Iglesias.—*El Secretario accidental,* Nicolás R. y Abaytúa.—*El Ponente,* J. M. Mariani.

II

De la Sección de Cirugía, en expediente de indemnización por accidente del trabajo.

Por el Gobierno civil de Santander se ha remitido á esta Academia un expediente de indemnización por accidente del trabajo, conforme á lo dispuesto en la Ley de 28 de Enero de 1900 y Reglamento respectivo del 30 de Julio del mismo año.

El art. 23 de este Reglamento dispone, que en caso de disconformidad entre los facultativos informantes sobre la pensión que haya de ser indemnizada, se acuda en recurso definitivo á la Academia de Medicina más próxima. Así es que esta diligencia corresponde, en rigor, á la de Valladolid; pero como este expediente se halla muy atrasado ya, por un olvido de la Secretaría del referido Gobierno de Santander, y como el asunto que se ventila ofrece suma dificultad, habiendo quizá de sentar jurisprudencia para en adelante, por ser, sin duda, el primero en que se ventilan consecuencias periciales de la citada Ley para ganar tiempo, y á pesar de una protesta por parte del representante de la Compañía titulada *L' Assuratrice italiana*, contra la petición de este dictamen, el que suscribe cree servir mejor á los intereses de la justicia y de la administración, emitiendo desde luego el informe que pide el Gobernador de Santander.

En consecuencia:

Resultando que el 10 de Agosto de 1901, el obrero Fernando Miranda, de cuarenta y cinco años de edad, al terminar la tarea del día en el barco sueco, *Merkur*, donde trabajaba como cargador, quiso subir de la bodega á la cubierta por la cadenilla de la máquina extractora de la carga, en vez de hacerlo por la escala, como de costumbre, y cayó de espaldas y como en racimo con otros compañeros, sufriendo una herida leve en la cabeza y varias contusiones en los hombros, principalmente en el izquierdo, por haber caído de rodillas sobre el miembro de este lado otro obrero de los suspendidos de la cadenilla:

Resultando que el Dr. D. Vicente Quintana observó en el Sanatorio Madrazo las fuertes y múltiples contusiones del Miranda, pronosticando su curación para antes de ocho días quizá, por no encontrar enfermedades ó condiciones morbosas preexistentes que agravaran las consecuencias del accidente, aun cuando admitía la posibilidad de que sobrevinieran complicaciones, y aconsejó al lesionado guardar cama para ser observado oportunamente:

Resultando que el mismo Sr. Quintana, en el dictamen final, como Médico de cabecera, declara que el lesionado había sufri-

do un gran traumatismo en la espalda, que le impedía los movimientos de las dos articulaciones escápulo-humerales, y equímosis en distintos sitios del cuerpo, especialmente en el dorso; que no hubo complicación alguna durante el tratamiento, pues no puede llamarse así el no haber logrado restablecer los movimientos en la articulación escápulo-humeral izquierda; que antes del accidente el perjudicado estaba completamente sano y hábil para el trabajo; que guardó cama ocho días, padeciendo invalidez parcial durante dos meses y medio, terminando esta asistencia el 22 de Diciembre, es decir, á los cuatro meses, sin que un tratamiento asiduo y persistente contra la artritis consecutiva y lesiones traumáticas de los nervios, en particular del circunflejo, haya podido impedir la limitación de todos los movimientos de dicha articulación, principalmente los de abducción y circunducción, hasta el punto de impedir todo ejercicio y esfuerzo que exija elevar la mano izquierda por encima de la cabeza, coincidiendo todo con una gran atrofia de los músculos del hombro, particularmente del deltoides, y quedando, por lo tanto, el interesado inútil para un trabajo que exige estos ejercicios, como es el de cargador de muelle:

Resultando que la citada Compañía aseguradora, á pesar de tener contratada con el Sanatorio Madrazo la asistencia de los accidentes ocurridos en los obreros de sus patronos asegurados, no se conforma con el dictamen del Sr. Quintana, del mismo Sanatorio, y requiere otro de los Sres. Toca, Cano y Quintanilla y Ortiz:

Resultando que según el Dr. Toca, la limitación de los movimientos del brazo izquierdo en el Miranda no es una lesión producida directamente por el traumatismo sufrido, sino que proviene de una mielosifilosis parcial, debida á manifestaciones sifilíticas terciarias, como puede deducirse de la desigualdad de las pupilas y de la existencia de estigmas exclusivos de la sífilis ó la escrofulosis grave:

Resultando que el mismo Sr. Toca, por otra parte, califica de parcial la invalidez del lesionado, el cual puede, según él, dedicarse á trabajos de carga y descarga, á condición de no llevar aquélla sobre los hombros, haciendo notar, además, que

tal vez pudiera esperarse una curación completa, sometiendo el lesionado á un tratamiento causal:

Resultando que, para el Dr. Cano Quintanilla, la fuerte contusión sufrida ha sido causa ocasional para determinar las manifestaciones sifilíticas (suspectas por los antecedentes del obrero examinado) en los centros nerviosos, y éste no se halla impedido para el trabajo en términos generales, estándolo solamente para levantar pesos y echarlos al hombro:

Resultando que el Sr. Ortiz, en cambio, cree que no hay invalidez en el obrero observado, y nada dice de antecedentes ni estigmas sifilíticos en el mismo sujeto:

Resultando que el obrero en cuestión ha trabajado y devengado jornal en el barco noruego *Salamanca* los días 17 y 18 de Noviembre:

Resultando que el profesor de Gimnástica, Sr. Fernández, certifica denunciando la morosidad del obrero Miranda en las prácticas gimnásticas que, asiduamente aplicadas, probablemente habrían devuelto á la articulación resentida la movilidad y la fuerza necesaria para el trabajo:

Considerando que las aparentes contradicciones del Médico de cabecera nada tienen de extraordinario, dada la rebeldía que las contusiones fuertes del hombro muestran á una restitución funcional completa, sobre todo en sujetos de más de cuarenta años de edad, aun sin invocar para su explicación daño especial del nervio circunflejo, que parece poco probable sin la compresión de la cabeza humeral dislocada, y mejor comprensible por la infiltración sanguínea del hematoma consecutivo, que fatiga al deltoides y acaba por atrofiarlo de desuso; lo cual se ve confirmado en la mucha mayor gravedad de las mismas luxaciones humerales de causa directa, en que se suman la luxación con las contusiones, y las de causa indirecta, en que el deltoides y otros músculos apenas han sufrido lesión alguna al dislocarse la cabeza humeral:

Considerando que dos de los tres Médicos consultados en este caso difieren del de cabecera, en que juzgan que la invalidez del lesionado es incompleta ó parcial, y en que hacen intervenir en este resultado, además del traumatismo ocasional, la

sifilis diagnosticada en el Fernando Miranda por dichos profesores, Toca y Cano Quintanilla:

Considerando que el tercero de los Médicos consultores referidos, Sr. Ortiz, sólo declara al tenor de sus dos compañeros, en lo que se refiere á la insuficiencia de la invalidez como base de indemnización, absteniéndose en absoluto en lo tocante á la dolencia específica encontrada por éstos en el lesionado:

Considerando que para los efectos de la Ley sobre accidentes del trabajo ha perdido ya todo valor la discrepancia relativa á la incapacidad, toda vez que, transcurrido más de un año de incapacidad temporal, la indemnización debe regirse por las disposiciones relativas á la incapacidad perpetua, según se preceptúa en el párrafo primero del art. 4.º de dicha Ley:

Considerando que la desigualdad de las pupilas y las cicatrices múltiples, así superficiales como profundas, de ectima en el cuello, dorso y cintura, calificadas de estigmas sifilíticos ó de tuberculosis grave, aun con el refuerzo de algún remoto antecedente blenorrágico y de chancros no bien definidos, distan mucho de justificar un diagnóstico de sifilis terciaria que, aun siendo acertado, en este caso exigiría el complemento de mostrarlo en conexión directa con el traumatismo, ya que no todos, ni quizá la mayoría de los sifilíticos, sufren de esta infección en sus focos traumáticos, y ya que los numerosos equímosis del Fernando Miranda bien pudieron denunciar la impregnación del virus perseguido en estos dictámenes:

Considerando que el diagnóstico precedente resulta muy atenuado en el informe del Sr. Cano Quintanilla, que juzga el caso de difícil resolución, y que á pesar de añadir á los datos expuestos por el Sr. Toca una pléyade ganglionar inguinal de poco desarrollo y nuevos pormenores del chancro padecido por el Miranda hace unos veinticinco años, califica sólo de probable la naturaleza sifilítica de todas estas reliquias morbosas:

Considerando que la localización sifilítica habría sido más verosímil en los músculos contusos del hombro que en la médula espinal, á donde, por la desigualdad pupilar y por la pereza del iris á la excitación luminosa, se la supone con motivos insuficientes después del tiempo transcurrido, en que bien pudo

ensayarse un tratamiento específico apropiado, que habría podido desvanecer todas las dudas:

Considerando que no corresponde á la Academia dilucidar las cuestiones de derecho surgidas en este caso por la imprudencia (si ha existido), por el hecho de haber trabajado el obrero después del accidente en otro barco, y por si el plazo de un año, de que trata el art. 4.º antes citado, debe contarse desde el accidente ó desde el comienzo de la indemnización definitiva:

Considerando que los cuatro Médicos informantes representan los intereses de la Compañía aseguradora, no habiendo el obrero Miranda designado por su parte ó la de alguna Sociedad de obreros Médico alguno que interviniera en este litigio:

Considerando que la única responsabilidad en el orden médico exigible al mencionado obrero es la de su descuido en el tratamiento gimnástico;

Procede deducir las conclusiones siguientes:

1.ª Aceptar en todos sus extremos el dictamen del Médico de cabecera, Dr. Quintana, que, además de su competencia reconocida y moralidad, ofrece la garantía de estar contratado por la Compañía *L' Assuratrice italiana* para el auxilio facultativo de los obreros que ésta protege, y que al calificar de inútil para el trabajo de carga y descarga al Fernando Miranda, da una muestra de imparcialidad, y agrega un caso lamentable á los muchos de contusión fuerte de hombro con inhabilitación funcional.

2.ª Proponer á la Superioridad un artículo adicional en el Reglamento de la Ley de accidentes del trabajo, exigiendo á los obreros lesionados la subordinación á los tratamientos que los Médicos encargados de su asistencia creyeren convenientes, como requisito indispensable para reclamar la indemnización que dicha Ley tiene establecida.

La Academia, sin embargo, decidirá lo que estime más justo.

Madrid, 12 de Enero de 1903.—Aprobado por la Sección.—*El Presidente*, JOSÉ CALVO.—*El Ponente*, ALEJANDRO SAN MARTÍN.—*El Secretario*, EUGENIO GUTIÉRREZ.

III

De la Sección de Cirugía, en expediente de inutilidad por accidente del trabajo.

Esta Academia ha recibido, por la mediación del Gobierno civil de Santander, un expediente de inutilidad por accidente del trabajo, relativo al obrero Dionisio Campo, de treinta y cuatro años, que el 13 de Junio de 1901, trabajando á bordo del vapor inglés *Comunal*, fué cogido en un pie por un barril, sufriendo desgarro de tejidos blandos y fractura del dedo grueso; lesiones que impusieron la amputación de este último en el mes de Septiembre del mismo año.

Seis meses después, D. Manuel Ortiz certifica: que desde el 19 de Abril de 1902 el obrero en cuestión podía, á su juicio, dedicarse á sus ocupaciones habituales.

El Sr. Barbachano, el 25 de Mayo del mismo 1902, dice que Dionisio Campo presenta una cicatriz perfectamente consolidada, resultante de la amputación del dedo gordo del pie derecho, y le juzga útil para el trabajo, aun cuando no pueda dedicarse de lleno á él todavía.

En cambio, los Sres. Corpas y Rodríguez (D. Damián), en Junio siguiente, opinan que dicho lesionado no se encuentra en condiciones de dedicarse á sus ocupaciones habituales, y ha quedado inútil para los trabajos á que se dedicaba, de estivador de bodegas, á pesar de tener completamente curada y cicatrizada la herida operatoria, habiendo quedado el pie sin la resistencia necesaria para la marcha, y necesitando un botín especial para darle mayor fuerza, á la vez que auxilio para la progresión sin punto de apoyo.

En vista de tal disparidad, y creyendo insuficientemente razonada la opinión de los Sres. Corpas y Rodríguez, que juzgan inútil al obrero Dionisio Campo, la Sección propone que se devuelva el expediente al Gobierno civil de Santander, y se procure obtener de los expresados facultativos la contestación al cuestionario siguiente:

1.° ¿Ha quedado Dionisio Campo inútil á consecuencia de la amputación del dedo gordo del pie derecho, ó por otras lesiones del mismo pie no comprendidas en la mutilación y remanentes á la fecha de los informes respectivos?

2.° ¿En el primer caso, la amputación comprendió la cabeza del primer metatarsiano?

3.° ¿La falta de resistencia del pie, se debe á falta de punto de sustentación ó á trastornos neuríticos en el muñón?

4.° ¿Qué diferencias ostensibles se encuentran entre el reposo, el movimiento, el cansancio y la imposibilidad de la progresión por fatiga en el referido pie?

5.° ¿Se ha tomado radiograma del referido muñón, para averiguar si hay osteofitos remediables, constituyendo el obstáculo al funcionamiento del pie operado?

La Academia, sin embargo, determinará lo que sea más justo.

Madrid, 16 de Enero de 1903.—*El Ponente,* ALEJANDRO SAN MARTÍN.—*El Presidente,* JOSÉ CALVO.—*El Secretario,* EUGENIO GUTIÉRREZ.

IV

De la Sección de Higiene, referente á la mezcla del aceite con el pimiento molido.

Por la Dirección general de Sanidad se remite á informe de esta Real Academia una solicitud del Alcalde de Murcia, dirigida al Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación, en súplica de que se prohiba por las autoridades la mezcla del aceite con el pimiento molido; formulando dicha Dirección general las preguntas siguientes: 1.ª Si la mezcla del aceite de olivas con el pimiento puede alterar las condiciones higiénicas de esta substancia. 2.ª Si las puede alterar la mezcla de otras substancias grasas y aceites, que no sean aceite de olivas. Y 3.ª Si dicha mezcla de substancias grasas puede crear en el pimentón condiciones especiales para encubrir adulteraciones nocivas al consumidor.

El Alcalde de Murcia, en su solicitud, manifiesta que escu-

chando la Corporación que preside las voces, principalmente de los que viven en la Huerta, para que se impida la mezcla del aceite al pimiento, sería conveniente una disposición general que prohiba la mezcla de ambas substancias. La razón principal, dice, que se alega contra esa mezcla, consiste en lo ocasionada que es á encubrir substancias extrañas, que aunque no sean nocivas, hacen que baje el precio del pimiento, y que su cultivo no sea remunerador á los colonos y propietarios, á la par que se desacredita en el mercado.

Se remite también otra solicitud de los gremios de molineros, especuladores y expendedores del pimiento molido de Murcia, dirigida al Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación, en la cual manifiestan: que agregan el aceite de olivas al pimiento en cantidad de 4 á 15 por 100 para conservar el producto; que así se hace desde tiempo inmemorial, y en esta forma es conocido en todos los mercados de España y del extranjero, sin que se haya considerado como engaño ni como perjudicial á la salud; que las Ordenanzas municipales de Murcia, en su art. 293, prohiben la mezcla del pimiento molido con cualquier substancia extraña, excepto el aceite de olivas. Aducen la opinión de varios Laboratorios químicos de Marsella, Cádiz, Santander, Granada, Madrid, etc., cuyos certificados acompañan, de que el aceite de olivas en el pimiento no es nocivo; y presentan también un certificado de la Sociedad Económica de Amigos del País de Murcia, en la que se declara que la mezcla del aceite con el pimiento no es adulteración, y que una prohibición absoluta del aceite puede llegar á perjudicar la producción y, por tanto, la riqueza del país.

Presentan también una estadística de la exportación del pimentón.

Indican que para la molienda es necesario añadir aceite, para evitar el polvillo que ataca á los ojos y órganos de la respiración; que el pimentón sin aceite se altera con el tiempo, mientras que con el aceite se conserva mejor; que así lo piden los mercados y consumidores, y que de prohibir el aceite, dicen, pasaría la industria al extranjero; y, por fin, atribuyen la prohibición del aceite á cuestiones de política local.

Además, figuran entre los documentos remitidos á la Academia varios telegramas dirigidos al señor Ministro de la Gobernación: uno del Gobernador de Murcia, en que dice que ha prohibido la molienda del pimiento con aceite desde 1.° de Enero, pero que en la provincia de Alicante continúan añadiendo aceite, y ruega se dicte una resolución de carácter general; otro del mismo Gobernador, en que dice que los huertanos de Murcia le piden se consideren apócrifos los telegramas suscritos por huertanos de aquella vega, porque todos se interesan en que se prohiba la mezcla de aceite.

Hay otros nueve telegramas del pueblo de Espinardo, Orihuela, Raya, huertanos de Churra, Nonduermas, Alcantarilla, Puebla, Eralta y huertanos del partido de Aljucer, en que piden al Ministro lo contrario, esto es, que no prohiba la mezcla de aceite al pimiento.

Por fin, se acompaña una minuta del parte del Director general de Sanidad al Gobernador de Alicante, en que le dice, que habiendo prohibido el Gobernador de Murcia la molienda con aceite del pimiento, se declara el caso de que no podrá venderse en Murcia el pimentón de Alicante, porque en esta provincia se sigue moliendo con aceite; y le ordena cumpla con la Real orden de 17 de Octubre de 1888 y 4 de Enero de 1887.

Estos son los documentos remitidos á la Academia, de cuya lectura detenida resulta, que no es realmente una cuestión de higiene y de salubridad pública la que trae tan agitados los ánimos en los centros de producción del pimentón, sino más bien una cuestión económica y de intereses entre unos y otros.

Los huertanos de la vega de Murcia piden la prohibición del aceite en el pimentón, porque entienden que con esta substancia se agregan otras materias extrañas, lo cual perjudica sus intereses, porque el precio del pimiento se elevaría prohibiendo el aceite.

Otros huertanos y pueblos, según resulta de los telegramas, no lo entienden así, y se asocian, en sus peticiones, a los fabricantes del pimentón, los cuales piden que se les permita, como hasta aquí, agregar aceite, porque temen perder los mercados, especialmente de la América del Sur, de donde les piden el pi-

mentón con aceite, como siempre lo han preparado y á cuya forma están acostumbrados los consumidores.

La Sección, atendiendo principalmente á la cuestión de higiene y salubridad, pasa á contestar, con los datos que posee, á las preguntas de la Dirección general de Sanidad en la forma siguiente:

La primera pregunta exige breve discusión, porque el aceite de olivas es una substancia alimenticia, y se emplea frecuentemente para conservar varios alimentos, estando al alcance de todos que dicho aceite no puede comunicar malas propiedades, ni alterar las condiciones higiénicas del pimentón. Más bien el aceite contribuye á la conservación del producto, impidiendo las alteraciones que experimentan, en general, con el tiempo, los tejidos vegetales. A esta razón y á las necesidades de molienda se debe, sin duda, la práctica antigua de agregar al pimiento molido cierta cantidad de aceite de olivas, á pesar de que el precio de éste es mayor que el del pimiento, sobre todo hace años, en que dicho fruto no había alcanzado el precio de hoy con la extraordinaria exportación que se hace de pimentón.

Respecto de la segunda pregunta, referente á otras grasas y aceites que no sean el de olivas, la Sección debe manifestar que hay grasas de mal olor y sabor, y algunas con principios nocivos, que evidentemente comunicarían malas propiedades al pimiento molido; y por otra parte, no admitiéndose entre nosotros más aceite comestible que el de olivas, cree que debe prohibirse la adición al pimiento de toda clase de grasas y aceites que no sea el de olivas.

Respecto de la tercera y última pregunta, la Sección contesta, que no considera indispensable el aceite para mezclar con el pimiento molido substancias extrañas, ni para encubrir adulteraciones nocivas, puesto que éstas se hacen ó pueden hacerse sin necesidad de aceite ó de grasas, como se lee en las obras de Macé, Chevallier, Soubeiran, etc., que se ocupan de este asunto, refiriéndose los dos últimos al pimiento molido de Cayena. Señalan como adulteración la mezcla de harina de arroz, mostaza, cúrcuma y otras materias colorantes, y también la adición de ocre rojo y otras substancias nocivas, sin mencionar el

aceite ni grasas, como vehículo necesario para encubrir y facilitar tales adulteraciones.

En cuanto á las mezclas y adulteraciones que pueden hacerse con el pimentón de España, se indican como materias extrañas el moyuelo, harina de maíz, la cáscara ó hueso de almendra y de aceituna, y quizá el almazarrón y tierra, cuyas materias pueden mezclarse con el pimentón, estando bien pulverizadas, sin necesidad de aceite ó grasas; y si se rebaja el color, no es difícil imitarle con alguna materia colorante parecida.

La Sección, por fin, haciéndose cargo de la arraigada convicción de los huertanos de la vega de Murcia, de que con el aceite ú otras grasas agregan al pimiento varias materias, entiende que debería establecerse una vigilancia eficaz en la fabricación, venta y exportación del pimentón, á fin de impedir que se le mezcle substancia alguna que no sea aceite puro de olivas, y éste en la cantidad precisa para la conservación del producto y satisfacer las exigencias del mercado; obligando, además, á los fabricantes y especuladores á que declaren en sus anuncios y contratos, cuál sea el pimentón con aceite y cuál sin él, para que el comprador le adquiera en la forma que desee.

Tal es el dictamen de la Sección, que somete á la deliberación de la Academia; la cual resolverá, como siempre, lo que estime más justo y conveniente.

Madrid, 15 de Febrero de 1902.—*El Ponente*, Gabriel de la Puerta.

Aprobado por la Sección el día 17 de Febrero de 1902.—*El Presidente*, G. de la Puerta.—*El Secretario*, Manuel de Tolosa Latour.

V

De la Sección de Higiene, sobre si se debe permitir el uso alimenticio de las carnes de reses muertas de glosopeda.

La Dirección general de Sanidad pide á esta Real Academia, que informe acerca de si se debe permitir el uso alimenticio de las carnes de reses muertas de glosopeda, y, caso afirmativo, qué precauciones se han de adoptar.

Esta Real Academia, en 1894, informó al Excmo. Sr. Subsecretario de Gobernación sobre preguntas análogas, sirviéndole de base de discusión un dictamen de la Sección de Higiene, en que fué Ponente D. Angel Fernández Caro, y un voto particular de nuestro finado compañero D. Epifanio Novalvos y Balbuena.

Los dos distinguidos Académicos trataron con igual criterio, competencia y claridad de la historia de la glosopeda, de sus síntomas y lesiones, y de su etiología y transmisibilidad; llegando, sin embargo, á conclusiones distintas, por atenerse el Ponente del dictamen á un criterio higiénico, que de puro estricto tocaba en lo abstracto, y por atender el autor del voto particular á razones experimentales y económicas. La Academia adoptó el voto particular del Sr. Novalvos, y en los Anales se publicó éste, convertido en dictamen, y seguido del proyecto de la mayoría de la Sección con el carácter de voto particular.

En lo fundamental, y en lo que se refiere al objeto de este informe, no han cambiado los términos de la cuestión, tal y como la plantearon en sus luminosos escritos los mencionados Académicos; es decir, que hoy, como en 1894, se diagnostica la glosopeda por los mismos síntomas y lesiones; se afirma su transmisibilidad por contagio directo ó indirecto; se la tiene por muy contagiosa entre las especies bovina, ovina, caprina y porcina, menos temible para los équidos, carniceros y aves, y menos contagiosa aún para el hombre, que rara vez la padece, y cuando enferma, es por contagio directo y con la forma más benig-

na. Siguen reputándose como virulentas las secreciones de las aftas, y son puertas abiertas á la infección las erosiones cutáneas y mucosas y la del tubo digestivo, aunque se encuentre ilesa; sigue desconociéndose á ciencia cierta la morfología del microbio patógeno, pero se sabe que pierde su virulencia á una temperatura de 60 á 70° centígrados.

La glosopeda ataca en forma epizoótica, y actualmente azota los ganados de muchas regiones de España: de aquí un aspecto del interés de la consulta de la Dirección general.

Considerada la cuestión desde un punto de vista económico, no tiene duda que la mejor solución de una epidemia local de glosopeda, sería destinar al matadero todas las reses atacadas; desinfectar los establos, cuadras y paraderos, é importar reses sanas.

¿Se opone la higiene individual humana al consumo de la carne y las vísceras de los animales sacrificados en plena enfermedad ó en la convalecencia? Esta es la cuestión.

Si la carne fuese mercancía de poco precio, ó todos ricos para comprarla, ó fácil prescindir de ella como alimento, la contestación sería francamente negativa: comer carne excelente ó no comerla.

Pero la carne constituye el alimento protéico por excelencia de todas las clases sociales; no puede prescindirse de ella sin quebranto de la salud, ó necesidad de otros alimentos más caros (más caros en igualdad de valor nutritivo), y, por desgracia, se cotiza á un precio incompatible con los recursos de las clases obrera y media. Por tanto, el problema no está en comer carne rigurosamente buena ó no comerla, sino en ver el modo de que los más puedan llevarla á su mesa sin compromiso de su salud.

Ahora bien: deben desecharse del consumo público las carnes de los animales muertos de la glosopeda y las de los sacrificados con esta enfermedad, siempre que se ofrezcan pálidas é impregnadas de serosidad, indicios ciertos de septicemia y otras complicaciones. Igualmente debe proscribirse del consumo público la lengua y las patas, que son asiento de las úlceras aftosas, y las vísceras cuando presentaren signos de gra-

ves lesiones; mas no hay inconveniente en entregar al abastecimiento público las carnes aparentemente sanas procedentes de animales atacados de glosopeda, por las razones siguientes:

1.ª No se conoce ejemplo de transmisión de la enfermedad al hombre por haberse alimentado de carnes de animales aftosos. Los pocos enfermos humanos que se citan, contrajeron la enfermedad por contagio directo.

2.ª El agente patógeno pierde su virulencia á temperaturas relativamente bajas, que siempre alcanzan las carnes cocidas y casi siempre las asadas.

3.ª No se conocen en esta enfermedad alteraciones de los músculos que vayan en perjuicio de su valor nutritivo, y cuando se presentan, son consecuencia de complicaciones fácilmente apreciables.

Por todo lo expuesto, la Sección tiene el honor de proponer á la Real Academia el siguiente proyecto de contestación á la consulta de la Dirección general de Sanidad:

1.° Debe prohibirse como alimento la carne procedente de animales muertos de glosopeda.

2.° Pueden entregarse al consumo público las carnes de los animales sacrificados durante el curso de la glosopeda, siempre que los inspectores veterinarios certifiquen de su no alteración por causa de la enfermedad ó de sus complicaciones.

3.° Deben destruirse las patas, la lengua y las vísceras: las primeras porque llevan las aftas contagiosas, y las últimas por las graves lesiones que suelen afectarlas.

La Sección, no obstante, dictará lo mejor.

Madrid, 22 de Febrero de 1902.—*El Ponente,* J. Gómez Ocaña.

Aprobado por la Sección.—*El Presidente,* G. de la Puerta.—*El Secretario accidental,* J. Gómez Ocaña.

VI

De la Comisión de Socorros de D. Pedro María Rubio en el concurso de 1899.

Durante el plazo señalado en el Programa se han recibido en la Secretaría de la Academia cuatro expedientes, en solicitud de los dos Socorros Rubio, que han de adjudicarse en la sesión inaugural de 1900, presentados por Doña Robustiana Parral, Doña Concepción Mariscal y Sapena, Doña Dolores Planelles y Fot y Doña Elisa Merás.

Doña Robustiana Parral, viuda del Profesor D. Manuel Pérez Sirgado, acompaña á su instancia los siguientes documentos: 1.º, certificación del Ayuntamiento de Monterrubio, provincia de Segovia, en que consta que D. Manuel Pérez Sirgado desempeñó la plaza de Médico titular durante veinte años, con la dotación de 200 pesetas anuales, pagadas de fondos del Municipio, por la asistencia de nueve familias pobres y casos de oficio; que las igualas con los vecinos acomodados consistían en dos fanegas de trigo al año á 24 labradores y 54 reales á 60 jornaleros, siendo el total de vecinos de 84; 2.º, copia simple del título de Licenciado en la Facultad de Medicina, á favor de D. Manuel Pérez Sirgado, expedido por la Universidad de Madrid en 25 de Septiembre de 1874; 3.º, certificación de defunción de D. Manuel Pérez Sirgado, ocurrida en Monterrubio el 29 de Octubre de 1894, á consecuencia de pulmonía infecciosa; y 4.º, certificación de los facultativos D. Francisco Alonso Granés, D. Juan Velasco Criado y D. Juan de Robina Torres, en que se acredita que D. Manuel Pérez Sirgado, Médico titular de Monterrubio, falleció en dicho pueblo el 29 de Octubre de 1894, á consecuencia de *pneumonía infecciosa*, de que por la indicada época existían algunos casos en Lastras del Pozo, anejo del indicado Médico para la asistencia facultativa. Posteriormente se ha recibido una certificación del Secretario del Ayuntamiento de Lastras del Pozo, en que consta que D. Manuel Pé-

rez Sirgado fué titular desde 1880 hasta fines de Octubre de 1894, con 150 pesetas de titular y de igualados unas 600 pesetas, y que no ejercía su profesión en ningún otro pueblo limítrofe.

Doña Concepción Mariscal, viuda del Médico D. Ricardo Sivilla Guidotti, acredita: 1.°, con certificación del Juzgado municipal de Viveros, que D. Ricardo Sivilla falleció en 6 de Junio de 1897, á consecuencia de *cistitis fungosa*, dejando seis hijos; 2.°, con otra del Médico D. Cecilio Aubais, que D. Ricardo Sivilla falleció á consecuencia de *cistitis fungosa*, que databa de más de un año, y que se agravó por no abandonar la asistencia facultativa de su pueblo y de las aldeas inmediatas á que asistía; 3.°, con la del Subdelegado de Medicina y Cirugía de Alcarai, copia del título de Licenciado en Medicina y Cirugía á favor de D. Ricardo Sivilla Guidotti, expedido á 17 de Enero de 1882; 4.°, con otra del Ayuntamiento de Viveros, que desempeñó el cargo de Médico titular del mismo desde el 6 de Mayo de 1882 al 31 de Octubre de 1885, habiendo observado una conducta moral y política intachable, y debiendo mencionar su especial proceder durante las epidemias variolosa, del sarampión y del cólera, llegando hasta ofrecerse para conducir al cementerio los cadáveres, al no haber quien lo verificase, por lo cual el vecindario le regaló un elegante bastón; 5.°, otra del Alcalde del mismo pueblo, en igual sentido; 6.°, otra del Ayuntamiento de Navas de Porquera, en que consta que D. Ricardo Sivilla desempeñó el cargo de Médico-Cirujano titular desde 1.° de Septiembre de 1891 á 12 de Julio de 1892, mereciendo buen concepto al Ayuntamiento y vecindario en el desempeño de su profesión, y observando conducta intachable; y 7.°, otra del Alcalde de Viveros, librada en 20 de Octubre de 1898, en que se hace constar que D. Ricardo Sivilla desempeñó el cargo de Médico titular en tres épocas distintas, con un celo y acierto que le hicieron granjearse las simpatías del vecindario, en la última de las que se agravó de la enfermedad que causó su fallecimiento, por no abandonar á sus igualados, en gran número invadidos á la sazón de viruela. Después se ha recibido una certificación del Secretario de Navas de Porquera, en que cons-

ta que D. Ricardo Sivilla desempeñó la titular desde el 1.° de Septiembre de 1891 á 31 de Julio de 1892, con 750 pesetas de titular y 1.375 de igualatorio, ó sean 2.125 pesetas en junto; y otra del Alcalde de Viveros, acreditando que el Sr. Sivilla disfrutó 750 pesetas de titular, y de igualatorio 1.800 pesetas próximamente.

Doña Dolores Planelles, viuda del Médico D. Manuel de Mesa y López, ha presentado las siguientes certificaciones: 1.ª, del Alcalde de la villa de Helechosa de los Montes, provincia de Badajoz, en que consta que en 1.° de Marzo de 1888 fué nombrado Médico titular de dicha villa D. Manuel de Mesa y López, contratándole por cuatro años, con la asignación de 750 pesetas por la asistencia de las familias no asociadas, igualando á los pudientes en cierta cantidad de trigo según su categoría, que se calcula importaría próximamente unas 1.000 pesetas anuales; 2.ª, otra del mismo Alcalde, en que se manifiesta que D. Manuel de Mesa no pudo cumplir su contrato, porque antes del vencimiento del mismo lo inutiliza en absoluto para ejercer su facultad una *congestión* cerebral que padecía; 3.ª, otra en que consta que el número de habitantes del pueblo en cuestión era de 681; 4.ª, otra en que se manifiesta que Doña Dolores Planelles, viuda de D. Manuel de Mesa, es pobre de solemnidad y observa una conducta intachable; 5.ª, otra del Cura Regente de la parroquia de Nuestra Señora de la Asunción, de la villa de Anchuras, en que consta que D. Manuel de Mesa falleció el 13 de Mayo de 1898, á consecuencia de *congestión cerebral crónica*. Además, se acompañan las copias simples de los títulos de Licenciado en Medicina, expedido por el Ministerio de la Gobernación en 27 de Enero de 1847, y del de Licenciado en Cirugía, por el Ministerio de Fomento en 27 de Octubre de 1872. Posteriormente se ha recibido una certificación del Secretario interino de Helechosa, en que se manifiesta que D. Manuel de Mesa y López desempeñó la plaza de titular tres años próximamente.

Otra certificación del Secretario de Sevilleja de la Jara, en que consta que D. Manuel de Mesa fué nombrado Médico titular en 27 de Marzo de 1884, desempeñando dicha plaza hasta 1.° de

Abril de 1888, con 300 pesetas anuales; y que dicho pueblo, con su agregado de Garguntilla, constaba de 864 habitantes, calculándose las utilidades por los contratos con las personas acomodadas en 1.500 pesetas.

Otra certificación del Ayuntamiento de San Lorenzo de Savalls, de 15 de Mayo de 1859, en que se asegura que dicho Profesor desempeñó por largo tiempo el cargo de titular, distinguiéndose especialmente en la época en que reinó el cólera morbo, no perdonando medio ni sacrificio alguno, visitando incansablemente noche y día á los enfermos, á fin de prodigarles los auxilios de la Medicina.

Y otra del Ayuntamiento de Santiuste de San Juan Bautista, de 20 de Diciembre de 1868, en la cual se declara que en los tres años que ha sido Médico titular de la población el Sr. Mesa, desempeñó su cargo con toda exactitud y puntual asistencia para con los enfermos.

Doña Elisa Merás, viuda de D. Manuel Guijarro y Torrealba, ha presentado los siguientes documentos: 1.°, título de Licenciado de su difunto esposo, expedido por la Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid á 6 de Julio de 1871, y copia simple del mismo; 2.°, certificación del Alcalde de Carabanchel Alto, en que consta que D. Manuel Guijarro y Torrealba desempeñó el cargo de Médico-Cirujano titular desde 10 de Junio de 1874 á 30 del mismo mes de 1885, con el sueldo anual de 1.000 pesetas, y distinguiéndose por su notoria caridad y desinterés en bien de la humanidad doliente y de los pobres en general; y que en el año de 1885, durante la epidemia colérica, se distinguió por su celo y actividad como único Médico que había en la localidad, asistiendo día y noche á todos los atacados, incluyendo el Campamento, donde comenzó la epidemia, á pesar de que dista del casco del pueblo cerca de tres kilómetros; 2.ª, otra del Alcalde de Carabanchel Bajo, en que se consigna que D. Manuel Guijarro fué Médico titular de dicho pueblo durante tres años, habiendo servido su plaza á satisfacción de todo el vecindario por su celo, inteligencia y acierto, así como por su caridad y desinterés; que la dotación consistía en 5.000 reales, que constituían casi su única utilidad,

por existir en el pueblo otros Profesores más antiguos; 3.ª, otra de los Médicos D. Victoriano Garrido y D. Leandro Lizárraga, en que afirman que D. Manuel Guijarro murió el 8 de Enero de 1890, durante la epidemia de *grippe*, á consecuencia de la misma.

Considerando que según una de las cláusulas de la fundación, los Socorros Rubio deben adjudicarse á viudas ó hijas mayores solteras de Médicos rurales, que hayan ejercido su profesión en España por más de tres años, de una manera honrosa y recomendable, en las más pequeñas poblaciones y con las más cortas remuneraciones, prefiriendo á las de aquéllos que hayan sido víctimas de alguna epidemia:

Considerando que Doña Robustiana Parral reúne las condiciones mencionadas, por ser viuda del Médico D. Manuel Pérez Sirgado, que ejerció la profesión durante veinte años, de una manera honrosa y recomendable, en los pueblos de Monterrubio y Lastras de Pozo, provincia de Segovia, que constaban de 600 habitantes, percibiendo como total de utilidades por ambos pueblos 2.260 pesetas, entre la asignación de titular y la asistencia á las personas acomodadas:

Considerando que también reúne las condiciones exigidas la solicitante Doña Concepción Mariscal, porque su marido, Don Ricardo Sivilla Guidotti, fué Médico titular de Viveros, provincia de Alicante, durante tres años y cinco meses, y diez meses de Navas de Porquera; constando Viveros de 1.383 habitantes, y Navas de 954, y disfrutando unas 2.550 pesetas de utilidades en el primer pueblo, y de 2.125 en el segundo:

Considerando que en igual caso se encuentra Doña Dolores Planelles, viuda del Profesor D. Manuel de Mesa y López, por haber ejercido la Medicina en Helechosa, provincia de Badajoz, de 815 habitantes y unas 1.750 pesetas de utilidades; habiendo ejercido, además, en Sevilla de la Jara, provincia de Toledo, de 864 almas, durante más de cuatro años, ganando unas 1.800 pesetas; en San Lorenzo de Savalls, provincia de Barcelona, que cuenta 1.496 habitantes, y en Santiuste de San Juan Bautista, provincia de Segovia, de 1.041 almas:

Considerando que Doña Elisa Merás es viuda de D. Manuel

Guijarro y Torrealba, Médico titular que fué de Carabanchel Alto, en esta provincia, durante once años, con la asignación anual de 1.000 pesetas, siendo el número de habitantes de dicho pueblo de 2.990; habiendo servido el mismo cargo en Carabanchel Bajo, población de 5.477 almas y asignación de 1.250 pesetas, no constando sus utilidades por sus servicios á las personas acomodadas:

Considerando que siendo circunstancias preferentes para la obtención de los Socorros, el haber ejercido los causantes su profesión en las más pequeñas poblaciones y con las más cortas remuneraciones, resultan con mejor derecho, como consecuencia de los datos expuestos, Doña Robustiana Parral y Doña Dolores Planelles, puesto que el marido de la primera ejerció la profesión en dos pueblos, que en junto reunían 600 habitantes, con la asignación de 350 pesetas por la titular de ambos, siendo el total de las utilidades 2.260 pesetas; y el de la segunda lo verificó, en el último período de su vida, en pueblos de 815 y 864 almas (Helechosa y Sevilla de la Jara), con 750 y 300 pesetas respectivamente como titular, y 1.750 y 1.800 como total de utilidades:

Considerando que las otras dos aspirantes deben figurar en segundo término, por lo que respecta á su derecho á los Socorros de que se trata, en consideración á que el marido de Doña Concepción Mariscal ejerció en un pueblo de 1.383 habitantes, con 2.250 pesetas de utilidades (Viveros), y otro de 954 almas y 2.125 pesetas de producto (Navas de Porquera); y que el esposo de Doña Elisa Merás fué titular de dos pueblos próximos á la Corte, de 2.990 y 5.477 habitantes, cobrando como titular 1.000 y 1.250 pesetas, no constando sus utilidades por la asistencia á las personas acomodadas, que, dadas las condiciones de los pueblos de que se trata, es racional que fueran muy superiores á las de los maridos de las otras aspirantes;

La Comisión, creyendo interpretar fielmente las cláusulas de la fundación, es de dictamen: que procede adjudicar los dos Socorros Rubio, en el concurso del año actual, á Doña Robustiana Parral, viuda de D. Manuel Pérez Sirgado, y á Doña Dolores Planelles, que lo es de D. Manuel de Mesa y López.

Y con el fin de evitar posibles errores ó engaños, y de coadyuvar á los filantrópicos propósitos del caritativo D. Pedro María Rubio, la Comisión propone á la Academia, que se exija en lo sucesivo á las pretendientes á dichos Socorros, certificación de su matrimonio con los causantes; y que en el año actual sea requisito indispensable para el cobro del Socorro la presentación del mismo documento.

La Academia, con su celo y superior ilustración, resolverá, como siempre, lo más justo.

Madrid, 20 de Octubre de 1899.—*El Ponente*, M. Iglesias.

VII

De la primera Comisión de Medicina forense, acerca de la influencia que pudieron ejercer ciertas lesiones y malos tratamientos en la muerte de una mujer embarazada.

Se ha recibido en esta Academia un testimonio de informe facultativo, remitido por el señor Juez de instrucción del distrito de...., de esta Corte, para que se informe si, *dado el estado de embarazo de la difunta, y los accidentes que padecía, las lesiones y malos tratamientos que sufrió en la noche que precedió á su muerte, determinaron ésta.*

Estudiado con la debida atención dicho testimonio, y

Resultando que en la villa de....., provincia de....., se ha instruído un sumario de oficio contra N. N. de N. sobre homicidio de su convecina N. N. y N.:

Resultando que los facultativos D. N. N. de la N., vecino de.....; D. N. N. y N., que lo es de....., y D. N. N. N., que lo es de....., forense interino del Juzgado, practicaron la autopsia del cadáver de la que dicen llamarse N. N.:

Resultando que por los dos primeros se expresa, que la citada N. representa de veintinueve á treinta años de edad; que á juzgar por el volumen del vientre, suponen que se halla embarazada, debiendo hacer constar que presenta un estado de anasarca generalizado; que en la abertura de la boca y entre las dos ar-

cadas dentarias aparece la lengua algo sanguinolenta y con una erosión dirigida desde la punta hacia el lado izquierdo, como si dicha lengua hubiera sido mordida; en la abertura vaginal, en los genitales externos, aparece un líquido sero-sanguíneo sin lesión anatómica alguna, suponiendo que fluya del orificio uterino; en el menton ó barbilla tiene una lesión superficial, de forma irregular y de color obscuro, que parece una quemadura superficial, presentando otra por debajo de ésta, de forma también irregular, y dirigida de arriba abajo y de dentro afuera. Que en el vientre, en la línea media y en el lado derecho de la región supra-umbilical, aparece otra lesión de forma casi circular, como de un centímetro próximamente; en las regiones glúteas, en su parte inferior, y casi en el límite de esta región con la de la parte posterior de los muslos, presenta dos equímosis de color violáceo obscuro, más acentuado en el lado derecho que en el izquierdo, de muy poca extensión.

Nada encontraron de particular en la cavidad craniana.

En la laringe y tráquea se halló espuma en abundancia, pero no sanguinolenta.

En ambos pulmones, ligera hiperemia, más acentuada en los vértices.

En la cavidad abdominal, distendida la vejiga por gran cantidad de orina, así como los uréteres y pelvis renal.

La matriz aumentada de volumen, y en su interior un feto hembra próximo al término, presentando la inserción placentaria en el fondo del útero, con *ligero desprendimiento de la placenta;* algo dilatado el cuello uterino, como suele estar en un embarazo próximo á su término, explicándose los peritos la presencia de líquido sero-mucoso sanguinolento, que fluía por los genitales externos, y que han expuesto en el reconocimiento exterior:

Resultando, como ampliación al reconocimiento y operación de autopsia practicada, que el titular de la localidad, D. N. N., dice que debe hacer constar que hace unos veinte días fué requerido para ver como médico á la difunta, apreciando el estado de anasarca ó hidropesía general, ya expuesto, y que sufría ataques de eclampsia, habiéndola encontrado bajo la influencia de uno de ellos:

Considerando cuanto expuesto queda, según la declaración que prestan los médicos que hicieron la autopsia del cadáver de N. N., respecto á las lesiones encontradas en el hábito exterior, á saber: una casi circular en la pared abdominal; otras dos con aspecto de equímosis, de color violáceo, en las regiones glúteas, y otras dos más en la cara, y que pueden haber sido producidas por golpes ó malos tratamientos:

Considerando que existía un embarazo próximo ya á su término, acompañado de anasarca y de los accidentes eclámpsicos consiguientes, que fueron observados veinte días antes de ocurrir la muerte por el Médico titular; que alguno de ellos, quizá de los últimos, debió ocasionar la mordedura de la lengua y la acumulación de saliva espumosa en la boca, como sucede muy á menudo en estos accesos eclámpsicos:

Considerando que las alteraciones anatómicas observadas en la cavidad abdominal, interesando principalmente el aparato urinario, son las que se encuentran en los estados urémicos:

Considerando que había pequeño desprendimiento de la placenta en su inserción uterina, con flujo sanguinolento, sin existir verdadera hemorragia, cuyo desprendimiento ha podido producirse por la conmoción sufrida por la matriz, á consecuencia de golpes en el vientre, revelados por las lesiones que se encontraron en sus paredes:

Considerando que, dada la intensidad de los fenómenos urémicos manifiestos por la autopsia y por los ataques de eclampsia varios días, veinte por lo menos, antes de haberse verificado la muerte, es posible que esta mujer hubiera muerto á consecuencia de la enfermedad, sin la influencia de ninguna otra causa accidental:

Considerando que en estas condiciones, la intervención del arte puede salvar la vida de la madre ó del feto, ó de los dos:

Considerando que cualquiera influencia física ó moral que actúe durante el embarazo, ejerce mayor influencia desfavorable, cuando dicho estado va acompañado de alguna complicación, de las que son propias de él, y con más razón si se trata de una tan grave como la eclampsia;

La Comisión entiende que, dado el estado de embarazo de la

N. N. y la infección urémica que le complicaba, ha podido morir por efecto solamente de la eclampsia; pero que las lesiones y malos tratamientos que sufrió en la noche que precedió á su muerte, pudieron influir, favoreciendo ó acelerando la fatal terminación de la enfermedad, é impidiendo la intervención del arte para combatir la eclampsia.

La Academia, sin embargo, resolverá lo que estime más conveniente.

Madrid, 22 de Marzo de 1902.—*El Ponente*, FRANCISCO DE CORTEJARENA.

Aprobado por la Comisión.—*El Presidente*, M. CARRETERO.—*El Secretario*, A. F. CARO.

VIII

De la segunda Comisión de Medicina forense, en expediente de responsabilidad facultativa por reconocimiento de quintos.

Examinado el expediente remitido por el Ministerio de la Gobernación, con fecha 19 de Octubre de 1899, referente á una denuncia, relativa á la clasificación de soldados en el pueblo de..... y acerca del cual se pide informe á esta Real Academia, aun cuando no se exprese acerca de los extremos que se debe informar, se deduce de dicho examen que el dictamen debe versar, acerca de si la declaración de inutilidad de los mozos N. N., N. N. y N. N. N., hecha por los Médicos D. N. de la N. y Don N. N., se hizo con arreglo á lo que prescribe el cuadro de exenciones.

De los documentos que constan en dicho expediente, se ve que el día 24 de Mayo de 1897 dichos Médicos reconocieron al mozo N. N. N., de diez y nueve años, y comprobaron la existencia de una hernia inguinal izquierda, por lo cual le declararon inútil total. En el mismo día reconocieron al mozo N. N. N., de diez y nueve años, comprobando la existencia de una lesión orgánica del gran centro cardiaco (aumento considerable en los latidos, zona precordial aumentada, el choque

de la punta traspasa el sexto espacio intercostal; á la auscultación ruidos de soplo, y á la percusión aumentada la zona de matidez), por todo lo cual lo consideraron también como inútil total. Este individuo, además, presentaba placas de tiña pelona.

Una denuncia de uno de los mozos de dicho pueblo y del mismo reemplazo obligó á la Autoridad militar á sujetar á reconocimiento á dichos mozos, lo cual hicieron, en 27 de Julio de 1898, los Médicos militares D. N. N. N. y D. N. N. N., los cuales, después de un detenido reconocimiento, dictaminaron que el mozo N. N. N. padece de palpitaciones de corazón, y que con objeto de comprobar si son habituales y de acceso frecuente, ó simplemente emocionales, debía pasar á observación, considerándolo, por lo tanto, útil condicional; debiendo ser también objeto de examen el estado de la mucosa del oído izquierdo, y si un círculo desprovisto de pelo que presenta en el cuero cabelludo es ó no tiña pelada.

Reconocido seguidamente el mozo N. N. N., no encontraron hernia alguna, por lo cual le declararon útil para el servicio de las armas, sin negar la posibilidad de que haya existido hernia en fechas anteriores.

No considerando bastante explícitas estas declaraciones, el Auditor general dispuso, que dichos reclutas pasaran á observación al Hospital militar de....., siendo después reconocidos por los Médicos militares D. N. N., D. N. N. y D. N. N., los cuales declaran en 25 de Enero de 1899, que en el N. N. N. N. existen indicios de una lesión orgánica del corazón, que no se ha comprobado plenamente por la observación, y que padece flujos purulentos del oído izquierdo, continuos y de comprobada rebeldía, y que, por lo tanto, le conceptúan inútil temporalmente para el servicio militar; y en cuanto al recluta N. N. N., reconocido el día 19 de Marzo de 1899, que no observan en la región inguinal izquierda lesión anatómica alguna, por hallarse en estado de integridad todos los elementos que la constituyen, por cuya razón consideran á dicho recluta útil para el servicio de las armas.

Resulta de los hechos expuestos, que ambos mozos fueron de-

clarados inútiles totalmente en 24 de Mayo de 1897, el N. N. por padecer una lesión de corazón, y el N. N. por tener una hernia inguinal; y que sujetos estos individuos á diversos reconocimientos, fueron declarados definitivamente, el N. N. N. N. inútil temporalmente, por padecer flujos purulentos del oído, en 25 de Enero de 1899, y el N. N. N., el 19 de Marzo de 1899, útil por no presentar indicio alguno de hernia inguinal.

Entiende la Comisión que se debe prescindir, al establecer conclusiones del mozo N. N. N. N., declarado inútil temporalmente, dado que en el reconocimiento definitivo los Médicos militares D. N. N., D. N. N. y D. N. N. declararon que en dicho N. N. N. N. existen indicios de una lesión orgánica de corazón, con lo cual sólo disentían de los Médicos D. N. de la N. y D. N. N. en el grado de lesión, no en su existencia, y, por lo tanto, la discusión sólo debe versar acerca de los hechos referentes al N. N. N.

Lo que hay que resolver es lo siguiente: ¿es posible que un mozo de diez y nueve años presente el día 24 de Mayo de 1897 una hernia inguinal izquierda, que le haga inútil para el servicio de las armas, y que examinado el 27 de Julio de 1899, no presentara indicio alguno de dicha hernia, ni se comprobara su existencia en todo el tiempo que se le tuvo en observación, ó sea, desde esta última fecha hasta el 19 de Marzo de 1899, fecha en la cual dicho N. N. N. fué declarado útil?

Es cuestión ésta de suma gravedad el resolverla, porque su resolución supone que está resuelto el problema, de si es posible, pasados los primeros años de la vida, la curación espontánea de las hernias inguinales. Si tal curación es excepcional, no puede negarse la posibilidad, y desde este momento no puede negarse que un individuo que no presenta indicios algunos de hernia en 19 de Marzo de 1899, pudo tenerla en 24 de Mayo de 1897. Claro es que, cuando se observan tales curaciones, lo general es que se hayan usado los medios de prótesis necesarios, para obtener de una manera constante reducidas las vísceras; pero no se puede negar que á veces, y aun sin tales medios, pueden dejar de salir al exterior las vísceras, y parecer que la hernia está curada; y como estos hechos son excepcio-

nales, la Comisión se ve obligada á recordar un hecho reciente, que ha podido observar en las clínicas de esta Facultad de Medicina. Se trataba de un joven de catorce años, que ingresó con una hernia inguinal muy voluminosa; á los pocos días de permanencia en la sala, no se notaba señal alguna de haber existido tal hernia, y la observación detenida durante cerca de dos meses, colocando al enfermo en todas las posiciones posibles, y haciendo que ejecutara cuantos esfuerzos fueran necesarios, dieron siempre un resultado negativo. ¿Era la curación definitiva, ó, como indicaba la familia del enfermo, era un hecho que ya se había observado otras veces, que desaparecía toda señal de hernia, para reaparecer pasado un intervalo de tres ó cuatro meses? De todos modos, el hecho no admite duda alguna, y aun cuando sea excepcionalísimo, entiende la Comisión que no se puede negar; y en su consecuencia, que no se puede en absoluto exigir responsabilidad á los Médicos D. N. de la N. y D. N. N.; y tan sólo debiera hacerse la indicación, de que dada la posibilidad de tales hechos, la existencia de una hernia inguinal, no tratándose de esas hernias enormes, en las cuales no es posible pensar en la curación espontánea, en vez de ser una exención definitiva, sólo debiera ser causa de inutilidad temporal, en tanto que la observación detenida no demostrara, que no era posible la curación espontánea.

Esto es lo que entiende la Comisión que debe exponer á la consideración de la Academia, para que ésta, en su alto criterio, resuelva lo que considere más oportuno.

Madrid, 11 de Enero de 1901.—*El Presidente*, Julián Calleja.—*El Secretario*, Manuel Ortega Morejón.—*El Ponente*, José Ribera y Sans.

IX

De la tercera Comisión de Medicina forense, sobre si la muerte de un sujeto fué consecuencia de enfermedad natural ó de malos tratamientos.

El Juzgado de instrucción de....., por conducto del de la misma clase del distrito de la Audiencia de esta Corte, pidió en 5 de Noviembre último informe á esta Real Academia, acerca de «si la muerte de N. N. N., ocurrida el día 24 de Febrero del corriente año, fué consecuencia de alguna afección morbosa natural y espontánea, ó, por el contrario, fué consecuencia necesaria de los malos tratamientos de obra, de que se dice fué víctima en la tarde del 8 del mismo mes de Febrero.»

Resultando del examen de los testimonios que acompañan al exhorto judicial, que según la declaración de autopsia firmada por los Médicos, Sres. N. y N., éstos procedieron á la exhumación del cadáver de N. N., encontrándolo bastante conservado y sin señales de completa putrefacción; con el hábito exterior propio de sujeto endeble, flaco y con algún padecimiento profundo y antiguo; con señales inequívocas de contusiones en ambas orejas y regiones mastoideas, y con las meninges algo congestionadas, envolviendo órganos en estado normal, cuyas lesiones indujeron á los Médicos á pedir permiso para hacer un examen más detenido de la cabeza al otro día:

Resultando de la misma declaración de autopsia, que en el pecho del cadáver se encontraron adherencias antiguas y otras lesiones, que describen así: «lesión profunda del pulmón derecho, que en estado supurativo demostraba un padecimiento incurable de tisis en período avanzado. El pulmón derecho era también asiento de gran congestión pasiva. El corazón hipertrofiado acusaba un redoble de fuerza, que había desarrollado como consecuencia del obstáculo circulatorio que en el pulmón derecho existía.» En el vientre no se observó nada anormal:

Resultando de otra declaración de autopsia especial de la cabeza de N. N., que disecadas las partes blandas y denudados

los huesos, no aparecían debajo de las cubiertas cerebrales «grandes congestiones, derrames considerables ni líquidos anormales, que demostrasen la existencia de haber habido un proceso inflamatorio determinante de la muerte,» estando, además, intactos los huesos del cráneo:

Resultando que, en vista de lo observado en la autopsia, los Médicos citados formularon las siguientes conclusiones: «1.ª, que N. N. recibió contusiones en las regiones mastoideas y en las orejas, que no debieron tener influencia en la muerte que sufrió á los diez ó doce días después; 2.ª, que la muerte de N. N. está, más que en ningún otro órgano, en el padecimiento pulmonar que se describió, y al que puede referirse; y 3.ª, que el último padecimiento del N. N., determinante de la muerte, debió ser con toda posibilidad una pulmonía adinámica de forma gripal, que hallando al pulmón en condiciones adecuadas, finalizó sus días:»

Resultando que el Médico D. N. N. N. declaró haber cuidado profesionalmente, durante algunos años, á N. N., el cual era de constitución muy débil, se embriagaba con mucha frecuencia, había padecido gastritis, ascitis y sifilis, y presentaba, desde hacía tiempo, hepatizado todo el pulmón derecho:

Resultando que el mismo Médico, al visitar á N. N. dos días antes de su muerte, le encontró «en estado muy grave, padeciendo, á su juicio, una gastro-enteritis, quizá complicada con su afección pulmonar, por los síntomas que presentaba, pues tenía pulso frecuente, respiración fatigosa y náuseas; acusaba dolor al vientre, siendo éste muy sensible al tacto, y se quejaba de algún dolor de cabeza:»

Resultando que el mismo Médico, interrogado por el Juez, contestó: que el enfermo atribuía su mal á un trago de agua fría que había bebido algunos días antes; que no examinó el cuerpo de N. N., para ver si tenía lesiones, porque no se quejó de ellas el enfermo; que, á su juicio, los síntomas gastro-intestinales observados no obedecían á lesión cerebral, y que el N. N. conservaba bien todas sus facultades intelectuales, hasta el extremo de que el mismo día de su muerte recibió los Sacramentos de la Penitencia y de la Eucaristía; de lo que el Médico de-

duce, que la muerte no fué causada por lesión del cráneo:

Resultando que en nueva declaración prestada en común por los dos Médicos que practicaron la autopsia y el que asistió al enfermo, los tres se ratificaron en sus anteriores afirmaciones, añadiendo: que los equímosis auriculares y mastoideos no eran fuertes ni extensos; que no hubo meningitis, ni la simple congestión meníngea, observada en el cadáver, pudo ser causa de la muerte; que no hay verdadera contradicción entre las lesiones pulmonares halladas en la autopsia y el diagnóstico de gastro-enteritis, hecho por el Médico de asistencia, pues éste había declarado que N. N. tenía hepatizado desde algún tiempo antes todo el pulmón derecho, y se comprende bien el que, siendo de naturaleza gripal la última enfermedad, determinara una pulmonía adinámica, terminada por supuración, en cuyo curso se produjeran síntomas de enteritis y gastritis, fáciles de explicar, y que los tres Médicos se afirman «en que la muerte de N. N. fué producida en la forma que dejan dicho los que practicaron la autopsia, sin que los golpes de la cabeza tuvieran la menor parte en su determinación:»

Resultando de las reiteradas declaraciones de N. N. y de N. N., viuda y comadre respectivamente de N. N., que éste salió de su casa en la mañana del 8 de Febrero, con propósito de ir á..... á comprar varios objetos; que á las seis de la tarde del mismo día se presentó en casa de su comadre algo embriagado, con arañazos en un ojo y en un dedo; que cenó bien, aunque estaba muy aplanado, habiendo dicho durante la cena que un hombre y una mujer desconocidos le habían pegado; que se acostó, y durante la noche quiso cambiar de cama, por sentir mucho frío en la que ocupó primero; que se levantó en la mañana del día 9, tomó caldo, pan y vino, sintiéndose bien, y llevando un ferrado de patatas desde un extremo á otro de la aldea hasta su casa, donde, á las reconvenciones de su esposa, contestó que había pasado la noche en casa de su comadre, pero nada dijo para explicar las erosiones de la cara y manos; que se puso á trabajar en su oficio de zapatero hasta la tarde, en que empezó á quejarse de que le dolía todo el cuerpo, por lo cual se acostó y permaneció en la cama hasta el día 12,

en que se levantó un poco, y se sentó en la era de la casa; que entonces volvió á encontrarse muy mal y con mucha fatiga, por lo que consultó con el Cirujano D. N. N., el cual le mandó acostar, y dispuso que tomara un purgante, y que se avisara al Médico; que se quejó siempre de fuerte dolor de cabeza, diciendo que le mataba cualquier ruido que sentía, é hizo que le atasen un pañuelo alrededor de ella; que nunca perdió sus facultades intelectuales, razonando hasta el momento de espirar; que la viuda no pudo conseguir de su marido declaración alguna respecto al arañazo de la cara, y que sólo después de muerto aquél supo de rumor público que le habían dado una paliza:

Considerando que la constitución débil de N. N., sus hábitos alcohólicos, las enfermedades que había padecido, y, sobre todo, la ascitis y la hepatización pulmonar observadas en vida, le predisponían á contraer fácilmente nuevas enfermedades, y aumentaban la gravedad de las que contrajera:

Considerando que el conjunto de síntomas observados desde la tarde del día 8 de Febrero, después de haber sufrido N. N. golpes, de cuyo número, violencia y naturaleza nada se sabe, no corresponde al cuadro clínico de ningún traumatismo, y sí puede estimarse como el cuadro de una enfermedad infecciosa, con intenso frío inicial, depresión de fuerzas, cefalalgia, dolores contusivos generales, y más tarde, fenómenos abdominales y torácicos, por localización del mal en las grandes cavidades espláuicas:

Considerando que la falta de síntomas cefálicos, salvo el dolor de cabeza, que es común á muchas enfermedades diversas, y especialmente á las infecciosas, juntamente con la pequeñez y poca profundidad de las erosiones observadas en las regiones auriculares y mastoideas; la integridad de los huesos del cráneo, observada en la autopsia, y la falta de alteraciones patológicas del cerebro y de las meninges, pues la congestión de éstas suele ser fenómeno agónico, y á veces no es más que una alteración cadavérica, alejan toda sospecha de que un traumatismo en la cabeza haya causado la muerte á los quince días de producido: y

Considerando que las lesiones pulmonares reveladas por la autopsia, corresponden al cuadro clínico observado en la última enfermedad, y dan explicación suficiente de la muerte, sin que dichas lesiones tengan relación causal apreciable con traumatismos del tórax ni de ninguna otra parte del cuerpo;

La Comisión es de dictamen que se informe al Juzgado, en el sentido de que N. N. murió á consecuencia de una enfermedad probablemente infecciosa, agravada por la existencia de antiguos padecimientos y de hábitos perjudiciales, sin que los golpes que hubiera sufrido quince días antes de la muerte, hayan influído ostensiblemente en la producción de la última enfermedad, ni mucho menos hayan sido causa de la defunción.

La Academia, con su mayor ilustración, acordará lo que juzgue más acertado.

Madrid, 15 de Diciembre de 1901.—*El Presidente,* M. Iglesias.—*El Secretario accidental,* M. de Tolosa Latour.—*El Ponente,* Federico Olóriz.

X

De la tercera Comisión de Medicina forense, en causa por lesiones y muerte.

Requerida de nuevo la tercera Comisión de Medicina forense, por virtud de un oficio de la Secretaría general, fecha 7 de Febrero último, para informar conforme solicita el Ministerio fiscal en la causa que, procedente del Juzgado de instrucción de....., se sigue contra N. N. N. por lesiones inferidas á N. N., hace constar desde luego que en 11 de Octubre de 1900 tuvo el honor de someter á la superior ilustración de la Academia un razonado informe sobre el mismo asunto, en cuyas conclusiones, contestando á las preguntas del citado Ministerio fiscal, se decía:

«1.º Que pudo tener alguna relación la herida que recibió en el pecho N. N. el día 10 de Junio de 1898 con la hemorragia pulmonar que, según dictamen del forense, fué causa de la muerte, en 17 de Agosto del mismo año.

»2.ª Que para probar que la muerte fué debida á un accidente patológico extraño á la herida, y que hubiese podido sobrevenir, hallándose ileso el N. N., era preciso conocer los síntomas observados en éste durante el tiempo que estuvo sin asistencia médica, y, sobre todo, en los cinco días que pasó en la cama, sometido á los cuidados del Médico y Juez municipal á la vez, D. N. N. N., antes de su fallecimiento.»

Y habiendo remitido á esta Academia la Audiencia provincial de....., con fecha 5 del corriente, una certificación de particulares relativos á los datos que la tercera Comisión de Medicina forense echaba de menos, para satisfacer los deseos del Ministerio fiscal, y con los cuales fuese posible formar un juicio completo, acerca de la relación que pudiera existir entre la herida que recibió en el pecho N. N. el día 10 de Junio de 1898, y la lesión que ocasionó su muerte en 17 de Agosto del mismo año, esta Comisión ha vuelto á estudiar el expediente, que también se acompaña á la certificación indicada

Y resultando que el Médico D. N. N., titular de la villa de..... y primero que visitó al herido, en su primera declaración, fechada en 10 de Junio de 1898, dice, que N. N. tenía *entre la región infra-axilar y la infra-escapular izquierdas una herida punzo-cortante, de unos siete centímetros de longitud y tres de anchura próximamente, con dirección de abajo arriba y de delante atrás, formando un ángulo obtuso, y con una profundidad de unos seis centímetros:*

Resultando que al día siguiente, 11 de Junio de 1898, el mismo Profesor declaró ante el Juez de la villa de..... que el herido se encontraba peor, habiéndose acentuado la disnea iniciada la víspera, y que él creía producida, al parecer, por un *derrame sanguíneo en la pleura;* añadiendo que se había presentado *fiebre:*

Resultando que en la declaración prestada el 14 de Junio por el citado Médico, éste dice que el herido se encontraba muy mejorado, con la respiración más fácil, si bien se había presentado como enfermedad intercurrente una gastro-enteritis, de la cual, como de las demás lesiones, le encontraba bien el día 16; *aunque no completamente curado, ni en disposición de dedicarse á*

sus trabajos habituales; para decir después en la declaración prestada el día 17, «que el lesionado continuaba en igual estado, *si bien aumentada la disnea, tal vez por derrame sanguíneo en la pleura;»* cuyo estado persistía el día 18, y le obligó á pedir al Juez el concurso de otro compañero, á pesar de lo cual continúa visitándole sólo hasta el día 1.° de Julio, en cuya fecha da el alta á N. N. por *haber desaparecido la disnea y hallarse éste completamente curado:*

Resultando que el 6 de Julio comparecieron ante el Juez de la villa de....., D. N. N., Médico titular de la misma, y Don N. N. N., que lo es de....., cuyos Profesores declararon: que si bien la herida de N. N. se hallaba completamente cicatrizada, y no han podido apreciar la disnea, el enfermo dice que siente fatiga en algunos momentos, y que no puede estar acostado del lado donde ha tenido la herida, en vista de lo cual le reconocieron, comprobando *en la base y lado izquierdo del tórax una ligera macicez y un ruido de roce,* á pesar de lo cual *el murmullo vesicular y los ruidos del corazón eran completamente normales;* de todo lo cual deducen, que pudiera existir *un pequeño derrame suficientemente circunscrito;* pero sin que el enfermo presente síntoma patognomónico que indique la existencia real de dicho derrame; que en su virtud, y dada la índole y naturaleza de la lesión, opinan que en el N. N. *puede muy bien desarrollarse a posteriori una lesión, que radique precisamente en la zona circunscrita de la pleura;* y en vista de ello, creen que este individuo no puede dedicarse á trabajos rudos, á pesar de tener completamente curada su herida y no necesitar asistencia facultativa, *habiendo sido ésta sólo de veintidós días:*

Resultando que, llamados los mismos Profesores para ver al lesionado el día 16 de Julio, no pudieron ponerse de acuerdo, declarando D. N. N. que aquél no podía dedicarse á sus ocupaciones habituales, y D. N. N. que sí; pero con la salvedad de que *en lo sucesivo pudiera sobrevenir alguna complicación tardía, que le impidiera dicho trabajo:*

Resultando que en el mismo día compareció ante el Juez el Médico forense D. N. N. N. y N., quien, después de reconocer al lesionado, manifestó que éste se encontraba completamente

curado de la herida, y que no habiendo producido síntoma alguno de pleuro-neumonía traumática durante su cicatrización, y no revelando nada anormal por el momento la percusión y auscultación, el lesionado podía dedicarse á sus ocupaciones:

Resultando que en 18 de Agosto del mismo año comparecieron ante el Juzgado, en la ciudad de....., los Profesores Don N. N. N., Médico forense, y D. N. N., Médico titular de la villa de....., llamados para practicar la autopsia del cadáver de N. N.; y una vez cumplida la orden judicial, declaran: que despojado el cadáver de sus ropas, presentaba una extensa cicatriz, en sentido algo oblicuo, en la región infra-axilar izquierda como de seis centímetros de extensión; color negruzco y enfisema de la cara y el cuello; meninges cerebrales muy inyectadas, como igualmente el cerebro, en el que existían algunos focos hemorrágicos; que en el tórax pudieron ver que la herida había interesado únicamente la piel, el tejido celular y algo el muscular, sin que lesionase ninguna costilla ni fuese *penetrante de pecho;* que, en cambio, existía un extenso encharcamiento de sangre, y los pulmones tenían un color negruzco, fluyendo también sangre al corte de los mismos y conteniendo algunos coágulos; que *en el pericardio había gran derrame seroso,* y el corazón estaba aumentado de volumen y exangüe. De todo lo cual concluyen: 1.º, que la muerte no fué instantánea; 2.º, que dicha muerte fué por accidente patológico, y debida á una intensa congestión cerebral y hemorragia pulmonar:

Resultando que en 4 de Abril de 1900 fué llamado por el Juez el Médico D. N. N. N. para ratificarse en sus declaraciones de 16 de Julio de 1898; lo que hizo, manifestando: que para afirmar que N. N. no estaba curado en aquella fecha, se fundaba en la *demacración y la fiebre continua con exacerbaciones vespertinas, en la inapetencia, la tos, la disnea, la ausencia de ruido vesicular y la sonoridad timpánica, precisamente en el sitio ó zona donde le fué inferida la herida;* fenómenos que para el declarante eran la expresión de una pleuresía traumática, y cuyo pronóstico había de ser grave:

Resultando que en igual fecha, de 4 de Abril de 1900, compareció ante el Juez el Médico D. N. N., que asistió en vida

al lesionado N. N., y en su declaración se afirma y ratifica en cuanto expuso en el sumario, añadiendo que la autopsia demostró que la muerte de N. no había sido producida por la lesión, y que le parecía inútil la exhumación del cadáver para ilustración del asunto:

Resultando que las declaraciones prestadas en la misma fecha por N. N., N. N., N. N. N. y N. N., madre, prima y hermanos respectivamente del lesionado N. N., están conformes en afirmar, que desde el día en que éste fué herido hasta su muerte no estuvo nunca bueno; que desde la fecha en que le fué dada el alta, sólo salió un día á trabajar á casa de su hermano N., teniendo que retirarse á los pocos momentos por su cansancio; que estuvo en cama los cuatro ó cinco días antes de su fallecimiento, habiéndole entonces visitado D. N. de la N., Médico de la familia y Juez municipal á la vez, que ha entendido en esta causa, siendo para los declarantes debida la muerte de N. á la herida que recibió el 10 de Junio de 1898:

Resultando que en 26 de Julio de 1901, y en virtud de la segunda conclusión del informe emitido por esta Comisión de Medicina forense, y que queda transcrita, fué llamado á declarar ante el Juez del partido de..... el Médico D. N. de la N. N., quien manifestó: que en los cinco días que asistió á N. N., no le observó más que *un dolor agudísimo que, partiendo del epigastrio, se irradiaba hasta la región sub-clavicular del lado izquierdo un pulso sumamente contraído, como asimismo lo estaban las paredes del vientre; y á la percusión se notaba un sonido macizo en la región precordial, y á la auscultación un ruido de roce, coincidiendo con el movimiento sistólico de dicho órgano, ó sea el corazón:*

Considerando que la herida inferida á N. N. en la región infra-axilar izquierda tuvo que ser penetrante, puesto que, según declaración del Médico D. N. N., no desmentida por ninguna otra, dicha herida medía *unos diez centímetros de profundidad en dirección de abajo arriba*, y, por lo mismo, es de suponer que hubo lesión de pleura, y quizá de pulmón, lo que hacía el pronóstico grave:

Considerando que, á poco de producida la lesión, el herido se

vió acometido de disnea, que se fué acentuando, acompañada de fiebre; disnea que, á juzgar por las manifestaciones de alguno de los peritos y del propio lesionado, no desapareció hasta la muerte de éste, y que si bien es síntoma falaz en muchos casos. de heridas del pulmón, lo es cierto de las inflamaciones traumáticas de la pleura, y de la entrada de aire en la cavidad pleural:

Considerando que no es posible fundamentar la existencia del derrame pleural, de que se habla en las declaraciones periciales, por ser completamente contradictorios los fenómenos observados por el Profesor que más insiste en este asunto, por cuanto en una declaración se indica que *el murmullo vesicular era completamente normal*, después de decir que en el mismo punto (base y lado izquierdo del tórax) se apreciaba una *ligera macicez y un ruido de roce;*

Considerando que de haber ocurrido derrame de sangre en la pleura, en cantidad *moderada*, y supuesta la reacción inflamatoria ó pleuritis circunscrita, de que se hace mérito en las declaraciones del Sr. N. N. principalmente, pudo muy bien ser reabsorbido el suero prontamente, por la facultad que tienen las serosas y ser enquistado el coágulo, determinándose la mejoría en el lesionado; pero sin perder de vista, que en cualquier período de estas heridas pueden ocurrir hemorragias intermedias ó secundarias, que comprometan tardíamente la vida:

Considerando que, á juzgar por los datos de autopsia, hubo de ocurrir algo de lo que acaba de indicarse, puesto que había gran encharcamiento de sangre, y hasta coágulos en el pulmón, obligando esta circunstancia al Médico forense á reconocer como una de las causas de muerte de N. N. la *hemorragia pulmonar:*

Considerando que en la ratificación, hecha en 4 de Abril de 1900, de su declaración de 16 de Julio de 1898 por el Médico D. N. N. N., manifestó que no creía curado entonces á N. N., fundándose para ello en la *demacración, la fiebre continua con exacerbaciones vespertinas, la inapetencia, la tos, la disnea, la ausencia de ruido vesicular y la sonoridad timpánica, precisamente en el sitio ó zona donde le fué inferida la herida;* cuadro sintomático completo de una lesión pleuro-pulmonar,

cuya génesis no necesita explicación, conocidos los antecedentes de este sumario:

Considerando que los síntomas observados en el lesionado por el Médico D. N. de la N. durante los cinco días últimos de su vida, y referidos por este Profesor en la declaración que prestó en 26 de Julio de 1901, remitida últimamente á esta Academia, parecen corresponder á una *pericarditis*, si bien unos pertenecen á la fase de congestión y de exudaciones fibrinosas, y otros á la fase de derrame líquido de dicho padecimiento: y

Considerando que en la descripción de los fenómenos revelados por la autopsia en el cadáver de N. N., el Médico forense D. N. N. y el titular de....., D. N. N., hacen constar que *en el pericardio existía gran derrame seroso*, signo evidente de una *pericarditis*, que en este caso pudo muy bien ser consecutiva, como muchas veces ocurre, á la pleuresía traumática, de que hacen mención las declaraciones de los peritos, y de cuya existencia son una prueba los síntomas presentados por el lesionado, desde el día en que fué herido hasta el de su fallecimiento;

La tercera Comisión de Medicina forense cree, que debe contestarse á las preguntas del Ministerio Fiscal, diciendo:

1.° Que pudo tener relación la herida que recibió N. N., el día 10 de Junio de 1898, con la hemorragia pulmonar que, según el dictamen de los peritos, le ocasionó la muerte el 17 de Agosto del mismo año.

2.° Que todos los datos suministrados por las declaraciones periciales y el curso observado en el estado del lesionado concuerdan para hacer depender de dicha herida los trastornos pleuro-pulmonares y pericárdicos, que han sido los verdaderos responsables de la muerte de este individuo.

La Academia, sin embargo, resolverá conforme á su buen criterio.

Madrid, 11 de Febrero de 1902.—*El Presidente,* M. Iglesias. —*El Secretario,* Federico Olóriz.—*El Ponente,* Eugenio Gutiérrez.

ACTAS DE SESIONES LITERARIAS

I

SESIÓN DEL 28 DE MARZO DE 1903

Leída y declarada conforme el acta de la anterior, se dió cuenta de los impresos recibidos.

El Sr. Gutiérrez leyó parte de la biografía del difunto Académico, D. Federico Rubio y Gali, que ha redactado por encargo de la Academia.

El Sr. Espina presentó una radiografía, correspondiente á un niño que se había tragado una moneda de 5 céntimos, y después leyó la siguiente nota:

«El niño Alejandro Sastre y Barrera, de cinco años de edad, natural de Nueva Vizcaya (islas Filipinas), hijo de D. Antonio y Doña Rosario, cuyos padres gozan actualmente de buena salud.

Dicho niño, estando jugando el día 23 de Noviembre de 1902, por la tarde, después de haber comido, con una moneda de 5 céntimos, se la metió en la boca en sentido horizontal, es decir, paralelamente á la lengua; pasó del istmo de las fauces, y efecto de esto, no pudiéndola devolver, tuvo grandes náuseas, con la cara hiperemiada, los ojos inyectados y síntomas asfíxicos. No pudiendo hablar, fué llevado en seguida á la Casa de Socorro, en donde, según quien lo llevó, después de intentar extraerla con unas pinzas, introdujeron un catéter, el cual pasó fácilmente.

Después estuvo veinticuatro horas vomitando, sin querer tomar ningún alimento más que agua; á los dos días tuvo una fiebre bastante alta; durante los tres días primeros arrojó lo poco que tomaba; fué purgado, cuya purga devolvió, y después del tercer día tomó leche, que no devolvió, y ha estado

durante dos meses, tomando leche y huevos; después ha tomado sopas, pan y patatas; pero no podía tragar carne.

El movimiento de extensión de la cabeza sobre el cuello le es doloroso, así como también dicha posición. Cuando se encuentra mejor y cómodo, es en la posición de flexión; y cuando se le lava el cuello, le es doloroso.

Hace un mes, se halló un dia la almohada manchada de baba con sangre, y lo mismo sucedió hace tres días. Cuando eructa, el aire produce un ruido de gorgoteo.

Una vez tomó naranja, y al cabo de cierto tiempo arrojó un trozo de ella. Hasta hace quince días, ha estado dicho niño bastante bien, al parecer; pero en esa fecha comió tres naranjas, se puso mal y no quiere comer nada.

Es cuanto el alumno puede decir del enfermito.»

Seguidamente dió lectura del trabajo que á continuación se inserta, referente á la *morfología del bacilo de Koch:*

«La importancia que tiene todo cuanto se relaciona con la tuberculosis, me dispensa de entrar en consideraciones de defensa acerca de la oportunidad del asunto tan transcendental, de que me voy á ocupar esta noche.

Dos partes constituyen mi trabajo: una, referente al parásito productor de la tuberculosis; otra á consideraciones clínicas deducidas de la primera parte, y que presentaré más adelante, por no ser tan molesto en esta noche.

Cuando estábamos seguros de la unidad de la tuberculosis y de la especificidad de su bacilo, han ido apareciendo trabajos sobre el mismo, que vuelven á poner sobre el tapete la posibilidad de una dualidad de la tuberculosis, volviendo á rehacer todo lo destruído en el día, de inmarcesible gloria, de 24 de Marzo de 1882, en que Koch comunicó á la Sociedad física de Berlín el descubrimiento del bacilo específico.

Dos aspectos presenta esta cuestión: el primero se refiere al puesto que en la Historia natural corresponde al bacilo de Koch, dato de gran importancia para explicar muchos puntos todavía obscuros de la clínica de la tuberculosis; el segundo, á la dualidad ó pluralidad del bacilo, ó, cuando menos, al transformismo bacilar con su bacilo prehistórico, cuya laguna no es fácil llenar,

produciéndose la tuberculosis, no con el clásico descubrimiento de Roberto Koch, á través de una serie de transformaciones.

Refiriéndonos á los bacilos encontrados en los esputos de los tuberculosos humanos, hemos de recordar sus caracteres principales, para ver si hay una identidad entre todos los bacilos recogidos en estos esputos de los tuberculosos; si es un mismo bacilo. Sus caracteres son los siguientes: longitud, de 3 á 5 y hasta 8µ; espesor, de 0µ,4 á 0µ,7, poco encorvados, aun cuando en los cultivos aparecen en forma de S, recordando su longitud la cuarta ó la mitad del diámetro de un hematie; generalmente ensanchados en sus extremidades, y constituídos, ó en forma de bastoncillo homogéneo ó como granuloso.

Respecto á sus reacciones colorantes, afirman Cornil y Ranvier, en su última edición, que por ésta y los caracteres de su cultivo se diferencia de los demás microbios bacilares.

Pero estas formas no son constantes, y, por tanto, hay que hacer un análisis más detenido. La primera cualidad que distingue al bacilo de Koch, es su difícil coloración y la resistencia, en cambio, á dejarse de colorar después de teñido. Estas dos propiedades han sido las que han puesto á discusión la posibilidad de la no unidad del bacilo tuberculoso, al descubrir otros bacilos oxidógenos, y desde el año de 1900, cuantos se ocupan en la tuberculosis vienen planteando este problema, al extremo de admitir una posibilidad de nueva etiología de esta enfermedad, tratando de demostrar que hay bacilos tuberculígenos, cuya transformación puede conducir á esta terrible enfermedad. Ya veremos que no es así, si se despojan de su cubierta grasosa los pseudo-bacilos tuberculosos.

Pocos datos podemos aportar de carácter personal; pero el asunto es de tal importancia, que con ellos y los hechos en estos tres años en toda Europa, creemos poder afirmar que esta vez, como otras tantas, se puede asegurar que para la producción de la tuberculosis, no de productos tuberculosos, sólo hay el bacilo de Koch y sus transformaciones, debidas, como la transformación de las razas de los grandes mamíferos, al medio.

Puede confundirse el bacilo de Koch con los bacilos pseudotuberculosos, cuando se haga la investigación exclusivamente

microscópica y por coloración. Pero cuando existen dudas, y se recurre al análisis fisiológico, éstas se disipan y aparece con toda claridad la unidad de la tuberculosis. Por lo tanto, ni el bacilo de la leche y la manteca, ni el del moco nasal, ni los dos del *esmegma prepucialis*, ni en el de Möller, ni el *aspergilus*, pueden confundirse fácilmente con el bacilo de Koch, representado por el bacilo *aviar*, el *bovino*, casi igual al *humano*, y el *pisciario*. Todos éstos se deben considerar como tuberculosos, porque éstos se trasmiten en serie con mayor ó menor rapidez, y á través de mayores ó menores siembras, de unos á otros animales, y reproduciendo siempre la misma enfermedad, la tuberculosis, pudiendo únicamente quedar como algo dudoso el bacilo pisciario, porque todavía en 1900 el bacilo de Dubart no había podido ser inoculado en serie, y aun en 1902 Nicolle duda del hecho.

Cierto es que hay bacilos que tienen por carácter común con el de Koch, resistir á la acción decolorante de los ácidos después de colorearse por la fuchsina; pero este carácter no es definitivo, puesto que los bacilos pseudo-tuberculosos resisten menos á la acción decolorante que los bacilos tuberculosos, y no conservan la coloración sino durante algún tiempo, y en disoluciones alcohólicas de ácido acético al 5 por 100, de ácido clorhídrico al 3 por 100, ó en disolución acuosa de ácido sulfúrico al 5 por 100; pero se decoloran instantáneamente en una disolución acuosa de ácido nítrico al 30 por 100, y no se colorean desprovistos de su grasa. Por lo tanto, aun en el campo del microscopio, pueden diferenciarse los bacilos de Koch de los pseudo-tuberculosos; siendo únicamente el problema el de conservar al bacilo de Koch en la familia en que está colocado, ó considerarle en la familia de las *estreptotríceas*. Más antes de pasar á este asunto, dejaremos resuelto el problema de la identidad ó no del bacilo de Koch con los pseudo-tuberculosos, desde el punto de vista de su evolución en los cultivos, por las inoculaciones en serie, ó sea por el criterio fisiológico ó vital.

Constituye el cultivo y la inoculación un medio de análisis fisiológico, verdaderamente diferencial, más claro que el análisis microscópico.

El bacilo de la tuberculosis es tal vez el más difícil de cultivar, y como en los métodos de coloración no puede cultivarse en los medios ordinarios, sobre todo si proceden las semillas de productos humanos en la primera siembra, siendo más fácil ya las siguientes siembras y más abundante la cosecha. De todas maneras, no es fácil obtener cultivos puros de este bacilo, sino en fuerza de trasplantaciones sucesivas.

Admitiendo los autores tres especies bacilares, el bacilo humano, el aviar y el pisciario, y dejando nosotros los dos últimos, veamos la característica del cultivo del bacilo hominal. Al cabo de dos semanas, ya se aprecian unos gránulos blanquecinos, redondeados y muy apretados, en colonias que se desarrollan por propagación y en los medios sólidos ó líquidos; los bacilos se presentan en masas, que no pueden disociarse, y que recuerdan á los bigotes retorcidos, presentando iguales reacciones colorantes que los bacilos del esputo. El bacilo en el cultivo puede vivir de seis meses á un año.

Tales son los caracteres de los cultivos del bacilo de Koch. Durante las primeras fases del desarrollo, son iguales respecto á los cultivos los bacilos de Koch y los bacilos pseudo-tuberculosos; pero así como el bacilo de Koch necesita el tiempo que hemos marcado, es decir, de dos semanas, para empezar sus brotes, y una temperatura de 38°,5, los pseudo-tuberculosos brotan á los 20 ó 22 grados, en menos días, una semana que los tuberculosos, y con más rapidez.

El carácter del cultivo del bacilo tuberculoso, de conglomerados granulosos, y con mucha dificultad cultivos homogénicos en los medios líquidos, y aun necesitan una trasplantación del medio líquido al medio sólido. Por el contrario, los bacilos pseudo-tuberculosos dan cultivos estratificados, secos, rugosos, que se extienden rápidamente y adquieren, con frecuencia, un color bajo de salmón ó naranja.

Hay también un medio de diagnóstico fisiológico, no tan claro como el que llevamos hecho, que consiste en el sero-diagnóstico. Los cultivos homogéneos del Sr. Coing y P. Courmont demuestran los resultados de la posible diferenciación por medio del sero-diagnóstico, variando el poder aglutinativo en-

tre $^1/_5$ á $^1/_{20}$, y con el procedimiento de Romberg, con los extractos de bacilos tuberculosos, se han obtenido resultados muy interesantes. Sin embargo, como no es todavía dogma de fe, no queremos insistir sobre la prueba del sero-diagnóstico.

Llegamos á lo que pudiéramos llamar la prueba decisiva, ó sea la de la inoculación á los animales. La condición de producir la tuberculosis en serie, no la reúne ningún otro bacilo que el de Koch. En el conejo de Indias, la introducción de cultivos puros de bacilos pseudo-tuberculosos sólo produce lesiones necrósicas, tal vez productos tuberculosos en apariencia semejantes, desde este punto de vista á los que provoca el bacilo de Koch, con células fijas de tejido conjuntivo, con cierto grado de necrosis, y aun con las células gigantes; pero les falta para ser verdaderos tubérculos la tendencia á la fusión, á las metástasis, á la diseminación y á la terminación por supuración ú organización, sin caseificación y con el predominio de las lesiones renales, como resultado de la autopsia tuberculosa.

Vamos á terminar este trabajo con el estudio del puesto botánico que puede ocupar el bacilo de la tuberculosis en virtud de los últimos trabajos de morfología de dicho bacilo.

Los bacilos se distinguen según su procedencia. Los bacilos procedentes de cultivos recientes son más cortos que los de los cultivos antiguos y los de los esputos, los hay de formas muy prolongadas. Otras veces los bacilos son cortos y de formas de aspecto granuloso, y algunas de formas filamentosas; formas que han determinado los trabajos de rectificación de morfología de este bacilo por Metchnikoff, Roux y Nocart. Hemos de hacer un pequeño paréntesis, referente á las razones de la difícil coloración de estos bacilos. Arouson afirma, que hay una substancia grasa soluble en el éter, y que al montar los cortes, y en las deshidrataciones de éstos con el alcohol y el xilol, se disuelve esta materia cirrosa y dificulta la coloración. Esta razón hace que pensemos, como Cornill y Ranvier, que el aspecto granuloso es, más bien que una forma esporular, vacciolas escalonadas á lo largo del bacilo, y formadas por zonas coloreadas y zonas claras francamente refringentes, refractarias á toda coloración.

La tercera forma, ó forma filamentosa, ha sido la que deter-

minó á Metchnikoff á creer en la necesidad de una revisión en este asunto, y los trabajos de Babés Levaditi, Siedrich, Wörske y Schultze han demostrado que el bacilo tuberculoso puede desarrollarse en los tejidos animales en forma de actinomices. Este hecho, y los recogidos referentes á los pseudo-tuberculosos, ha hecho que casi todos los autores crean que debe rectificarse el nombre de bacilo, y llevar este grupo de parásitos á la familia de las *Streptochríceas*, parásitos en las fronteras del reino vegetal, muy cerca ya de los motozoarios y de lleno en las actinomicosis.

La diferenciación de este bacilo, y el poderle llevar á las actinomicosis, explicarían muchos hechos hoy de difícil explicación, y el por qué de la confusión habida entre la tuberculosis verdadera, cuyo nombre debe reservarse á la producida por el grupo de la verdadera bacteria de Koch, aun cuando ya más avanzada la organización, y como decíamos, en las fronteras del reino vegetal; y al propio tiempo podríamos también partir de estos hechos para el estudio de la fagocitosis, de defensa de la tuberculosis, y, por lo tanto, en una vía verdaderamente científica, en la profilaxis y tratamiento de la tuberculosis, no volviendo sobre nuestros pasos á las tuberculosis sin bacilo, y pudiendo emprender un estudio serio de las pseudo-tuberculosis reparasitarias debidas á Mohos, levaduras, pertretotiris y bacterias, sobre todo la llamada tuberculosis pseudo bacilar de Malassez y Vignal, dudas que tanto han retrasado el progreso del estudio de las tuberculosis.

Como he dicho antes á la Academia, este estudio tiene una segunda parte, referente á las aplicaciones en la clínica; pero será objeto de una segunda comunicación.

Las preparaciones que tengo el honor de presentar, demuestran los tres tipos bacilares, el largo, el corto y el del tipo de las ectotríceas, recordando éstos algo á los bacilos procedentes de cultivos; prueba evidente de la posibilidad del cultivo del bacilo de la tuberculosis en nuestro organismo, y de cuyo hecho hemos de partir para la segunda comunicación, quedándome sólo en este momento dar gracias á la Academia por la atención y el favor que me ha dispensado.»

El Sr. Espina ofreció presentar las correspondientes preparaciones en las sesiones próximas.

Reanudado el debate sobre el caso de *Esofagotomía*, de que se ha tratado en sesiones anteriores,

El Sr. Presidente (Calvo y Martín) manifestó la conveniencia de que el Dr. Isla declarara, si estaba ó no conforme con la doctrina corriente; de que la *esofagotomía* debe ser el último recurso, para la extracción de los cuerpos extraños del esófago; debiendo intentarse antes la propulsión de dichos cuerpos al estómago y su extracción por las vías naturales, teniendo en cuenta que dicha operación es difícil, y puede ofrecer riesgos para la vida de los operados.

El Sr. Isla declaró: que admitía como axioma, que no deben ejecutarse los actos quirúrgicos, en tanto que no se hayan agotado los modificadores higiénicos y farmacológicos; que no ha pretendido variar en lo más mínimo los cánones de la ciencia terapeutica, y que á la esofagotomía sólo debe apelarse como á último recurso.

El Sr. Espina dijo: que algunos de los casos desgraciados de esofagotomía, citados por el Sr. San Martín, quizá se debieran al retraso con que se hizo la operación; que la anatomía del niño enseña, que su esófago sólo tiene cuatro y medio milímetros de anchura, y como que las monedas de 5 céntimos son de 5 milímetros, de aquí que éstas no puedan pasar al estómago, y se detengan por tiempo indefinido en el esófago; que Sevileau sólo cita el caso de un adulto, en que tal moneda pasó al estómago, y ninguno de niño; que en la observación que se discute, fué imposible el paso de la moneda, teniendo el Sr. Isla que emplear un histerómetro, y vencer no pequeñas dificultades para extraer el cuerpo extraño; y que la esofagotomía, como todos los actos quirúrgicos, satisfacen necesidades clínicas positivas, y sólo para tal fin deben emplearse.

El Sr. Ustáriz aludió á dos casos, que se insertan en el último número de la *Revista de Laringología*, del Dr. Cisneros, en que se empleó la cestilla de Grœfe sin inconveniente alguno, y en que una moneda de 5 céntimos atravesó todo el tubo digestivo, saliendo por el ano.

Dió también noticia de otra observación, que se publica en un periódico médico de Burdeos, referente á un comerciante que creyó haberse tragado una *pieza dentaria artificial*, la cual parecía hallarse en el estómago, por la sombra obscura que se vió en la prueba radiográfica. Hecha la gastrotomía, no se encontró la pieza, que después pareció debajo de la cama, muriendo el operado á los dos días; lo cual es una prueba de que no debe tenerse fe ciega en la radiografía, que, como todo lo humano, tiene deficiencias y puede conducir á errores, funestos en la clínica.

El Sr. Ribera se creyó obligado á intervenir de nuevo en este debate, por las excitaciones del Sr. San Martín, referentes á los experimentos que ha hecho en el cadáver, para estudiar la cirugía del mediastino posterior y averiguar, en las intervenciones quirúrgicas del estómago, las condiciones del esófago en su porción cardiaca.

Transcurrida la hora reglamentaria, se suspendió este debate, quedando el Sr. Ribera en el uso de la palabra para la sesión próxima, y levantándose la de hoy.

II

SESIÓN DEL 4 DE ABRIL DE 1903

Abierta á la hora designada, leída, y declarada conforme el acta de la anterior, se dió cuenta de los impresos recibidos.

A continuación se leyó el siguiente particular del acta de la sesión de gobierno celebrada el 2 del corriente, que se refiere al donativo de dos títulos de Deuda perpetua interior al 4 por 100, de 5.000 pesetas cada uno, hecho por el Excmo. Sr. D. José Calvo y Martín, para perpetuar el premio que fundó en el año de 1895; é igualmente la comunicación que ha de entregarle en el día de mañana una Comisión de la Academia.

«*Oficio del Excmo. Sr. Presidente, D. José Calvo y Martín.*

»Tengo el honor de poner en manos de V. E. dos títulos de 5.000 pesetas cada uno, del 4 por 100, Deuda interior, con cuyos cupones se pagará lo correspondiente al premio fundado por mí, para esa Academia, en Mayo de 1895; y desde este año será anual y á perpetuidad.» «Hicieron uso de la palabra los Sres. Fernández Caro, Calleja, Hernando y Secretario que suscribe, para expresar su satisfacción y la gratitud de todos los señores Académicos por el acto de generosidad y de amor á la Ciencia, realizado por el señor Presidente con su donativo, y se acordó por unanimidad: 1.° Que conste en el acta la complacencia con que se recibe el donativo, y la gratitud de la Corporación por acto de tanto interés para la Ciencia y la profesión. 2.° Que se dirija al Sr. Calvo expresiva comunicación, en que se le den gracias muy cumplidas por su donativo. 3.° Que una Comisión de señores Académicos visite al Sr. Calvo en nombre de la Corporación, para cumplimentarle y transmitirle los unánimes sentimientos de sus individuos. Y 4.° Que se dé cuenta de este particular de acta en la primera sesión pública que la Academia celebre. El señor Presidente dió las gracias á la Academia en expresivo discurso.»

«*Oficio para el Sr. Calvo.*

»Excmo. Sr.: En sesión de ayer, la Academia se ha enterado con íntima satisfacción del escrito de V. E., fecha 12 de Marzo último, y del donativo que le acompaña, consistente en dos títulos de 5.000 pesetas cada uno, de la Deuda perpetua interior al 4 por 100, para perpetuar el premio anual que, inspirándose en nobles ideales, se sirvió fundar en el año de 1895, y que ha venido adjudicándose todos los años en la solemne sesión inaugural, cumpliendo las condiciones que V. E. tuvo á bien señalar en la fecha expresada.

»Como consecuencia, la Academia ha acordado por aclamación que se consigne en el acta de dicha sesión, la complacencia con que ve perpetuado el premio que lleva su nombre; y que

en representación de los intereses morales, científicos y patrióticos que la Corporación se honra en simbolizar, se den á V. E. expresivas gracias por el inapreciable beneficio que presta á la Medicina española, y cuya transcendencia para el presente y para el porvenir no es posible encomiar en la medida que demandan el deber corporativo y la estricta justicia.—Lo que tengo el honor y la fortuna de comunicar á V. E., si bien lamentando que las deficiencias de mi expresión no me permitan interpretar cumplidamente los entusiasmos y sentimientos afectuosos del Centro científico, de que es V. E. dignísimo Presidente.—Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid, 3 de Abril de 1903.—El Secretario perpetuo, *Manuel Iglesias y Díaz.*»

El Sr. Gutiérrez terminó la lectura de la biografía de Don Federico Rubio y Gali.

Reanudado el debate sobre *Quistes hidatídicos*, usó de la palabra, por no hallarse presente el Sr. Ribera,

El Sr. Alonso Sañudo, á quien correspondía. Empezó explicando su intervención en este asunto, con el fin de demostrar que la Medicina ha descubierto todo lo que se sabe sobre *Quistes hidatídicos*, y especialmente acerca de su frecuencia, estructura, períodos, diagnóstico y terapéutica.

Recordó que desde 1870 se admite que los quistes se pegan á los órganos, no penetrando en su substancia íntima; que crecen hacia donde pueden; que ofrecen poca sintomatología de la funcionalidad del órgano afecto, al contrario de lo que ocurre con otras enfermedades, como el cáncer; y que cuando destruyen los tejidos, puede seguirse fácilmente el trabajo de regeneración.

Añadió que es aún obscura la génesis de la intoxicación, que los quistes pueden producir, así como la supuración; que existe conformidad en lo que se refiere á la punción, la cual no debe ser exploradora, sino curativa y total, previniendo la infección posible; que los errores de diagnóstico no son exclusivos de los quistes, sino de todos los afectos médicos y quirúrgicos, pudiendo considerarse como ley de la Medicina; y que en esta materia, como en todas, son evidentes los progresos modernos, aunque no se presenten tan ostensibles y relevantes como en la

Apendicitis, por ejemplo, que puede considerarse como creación de los últimos tiempos.

Citó un caso observado en las clínicas de Zaragoza, referente á una mujer, que presentó vahídos, hemiplegia y otros síntomas correspondientes á las afecciones vasculares, muy frecuentes en dicha ciudad; y en la autopsia se encontró un *quiste hidatídico del cerebro*, que dió explicación de los fenómenos observados en vida.

Habló después de los quistes supra, infra é intrahepáticos, de las infecciones que pueden producir y de su invasión en la cavidad torácica; refirió una observación recogida en la clínica del Dr. Muñoz y Miguel, Médico que fué del Hospital general de esta Corte, cuyo diagnóstico era, *derrame pleurítico*, hallándose un *quiste* en la autopsia; y afirmó que los quistes de la cavidad torácica no son tan difíciles de diagnosticar como generalmente se cree, hallándose no pocas veces en la pleura.

Transcurrido el tiempo reglamentario, se suspendió este debate, quedando en el uso de la palabra el Sr. Alonso Sañudo.

El Secretario perpetuo,
MANUEL IGLESIAS Y DÍAZ.

III

SESIÓN DEL 18 DE ABRIL DE 1903

Después de leída y declarada conforme el acta de la anterior, se dió cuenta de los impresos recibidos.

El SR. CODINA usó de la palabra, para hacer una comunicación sobre el «Origen heredo-sifilítico de la enfermedad de Paget,» y dijo:

«A pesar de los progresos crecientes de la Medicina interna, son todavía muchos los puntos obscuros que se encuentran en la patología de gran número de enfermedades, y en particular los que asientan en la etiología, actuando de velo denso, que nos priva el descubrimiento de las causas que pueden ser el origen de los más variados procesos. Todo impulso, pues, que tenga por objeto descorrer una parte de dicho velo, aunque la

buena intención no vaya coronada por el éxito, creemos que es digno de ser sometido á la consideración de esta Academia, que tan obligada está á estimular el progreso de las ciencias médicas. Y si la importancia de este género de impulsos no puede negarse cuando se trata únicamente de llenar una satisfacción del espíritu, buscando una explicación racional á los fenómenos patológicos que aún carecen de ella, sube de punto y alcanza una transcendencia práctica de primer orden cuando la explicación ó el razonamiento puede influir en la terapéutica que se ha de emplear.

Rodeada de las circunstancias que acabamos de indicar, hállase la cuestión clínica que vamos á tener el honor de someter á vuestra ilustrada consideración.

Hace poco más de un cuarto de siglo, en 1876, el célebre médico inglés, Sir James Paget, leyó su primera Memoria, en la Real Sociedad Médico-Quirúrgica de Londres, acerca de un proceso patológico de los huesos, al que dió el nombre de osteitis deformante, y hoy se conoce más comunmente por el nombre de dicho autor. No creemos que sea éste el momento oportuno de describir los caracteres de dicho proceso, guiados principalmente por el deseo de no fatigar vuestra atención hablándoos de lo que ya sobradamente sabéis. Teniendo en cuenta, además, que en el transcurso de este cuarto de siglo no ha sido modificada por el gran número de investigadores que se han ocupado del proceso, la característica fundamental del padecimiento, creemos que será suficiente para nuestro objeto dejar sentado que los caracteres clínicos más constantes con que la enfermedad se manifiesta, son: el comenzar en la época avanzada de la vida, en la edad adulta lo más pronto; el tener una duración de muchos años (quince, veinte ó más), y el manifestarse por dolores óseos y deformaciones de los huesos, principalmente de los largos y de los de la cabeza, y, con particular predilección, en los de las piernas. Y cosa digna de tenerse en cuenta: todas estas manifestaciones sintomáticas no tienen influencia durante mucho tiempo sobre las demás funciones orgánicas; en otros términos, van acompañadas por muchos años de un excelente y satisfactorio estado general.

Esta entidad morbosa, creada por Paget, ha sido aceptada por los autores en cuanto tienen de fundamental sus caracteres, que lo diferencian por completo de otros padecimientos óseos, tanto agudos como crónicos (osteomalacia, osteoporosis, etc.) Pero, en cambio, la etiología del padecimiento, borrosamente bosquejada por aquel autor, que tan firme creencia tenía de que se trataba de una nueva entidad patológica, como dudaba respecto á las causas que fueran responsables del proceso, ha llegado hasta nuestros días con las mismas lagunas, obscuridades y dudas, que han hecho exclamar recientemente á un célebre profesor parisién que la primera causa del mal nos es desconocida.

No por reinar la duda y la vacilación en esta etiología han faltado opiniones etiológicas. Al contrario, y tal vez fomentadas por las tinieblas causales en que se desarrolla el proceso, las opiniones no han sido escasas, á pesar de lo cual su número puede reducirse á las que consideran el padecimiento como dependiente del reumatismo ó de la gota, y á las que suponen que no es más que un trastorno trófico debido á una lesión del sistema nervioso. El mismo Paget, sin atreverse á decidir la cuestión, se inclina á admitir la procedencia reumática, y con él otros muchos autores posteriormente han hablado del reumatismo como causa del proceso. La gota también ha tenido sus partidarios, y en términos generales, el artritismo, con Lancereaux y Huchard en primera línea. Las lesiones de los centros nerviosos, y en particular las medulares, han sido prohijadas por Gilles de la Tourette y Marinesco, quienes encontraron en la autopsia de un hombre de cuarenta y nueve años, que sucumbió por accidentes asfícticos en el curso de la osteitis deformante, aparte de las lesiones óseas, alteraciones evidentes en la médula espinal, principalmente localizadas en la región dorsal, en sitios muy vecinos á los que se encuentran alterados en la ataxia locomotriz.

No hemos de hacer hincapié en los razonamientos que hablan en contra de las opiniones etiológicas indicadas. La misma tenacidad y el mismo refinamiento con que dichas opiniones se han expuesto tratando en vano de atraerse la opinión de los

demás; la localización diafiso-epifisaria del proceso, respetando desde el principio todos los tejidos articulares; el aspecto singular de las deformaciones, y las alteraciones de textura que descubre el microscopio, hablan en contra del reumatismo y de la gota. La falta de nuevos datos necrópsicos en apoyo de las lesiones medulares dan, cuando menos, motivo á suspender provisionalmente el juicio acerca de su valor definitivo, aunque su constante presencia en todos los casos no sería suficiente para aclarar por completo la etiología: lo único que esto nos aclararía es la anatomía patológica, en el supuesto de que quedara demostrado el que las lesiones medulares son responsables de las alteraciones óseas, puesto que siempre quedaría la incógnita etiológica por despejar; es á saber: siempre nos encontraríamos sin contestación á la siguiente pregunta: ¿cuál es la causa de las lesiones medulares?

En esta situación se encontraba la etiología de la enfermedad de Paget, cuando el Profesor Lannelongue hizo una comunicación á la Academia de Medicina de París, el día 3 del mes pasado, en la que trata de demostrar, á nuestro juicio con gran número de poderosas razones, el origen heredo-sifilítico de aquel padecimiento. Nuestro objeto, como se comprenderá, no es el de exponer aquí la serie de argumentos, que seguramente todos los señores Académicos conocen ya, en que dicho Profesor apoya su opinión, sino el de aportar material clínico en corroboración de la certeza que, en nuestro humilde sentir, envuelve dicha etiología.

Como saben los señores Académicos, el Profesor Lannelongue fundamenta su modo de pensar en la patología y en la terapéutica de la sifilis ósea hereditaria. Por lo que se refiere á la patología de la heredo-sifilis ósea del recién nacido ó de los primeros meses de la vida, son bien conocidos los caracteres que la distinguen, tanto en sus localizaciones craneales como en las del tronco y de las extremidades. Pero es lo cierto que las manifestaciones óseas de la sifilis heredada, desde los cuatro ó cinco años en adelante, representan uno de los problemas clínicos que aún no han recibido una resolución unánime por parte de todos los autores. Tampoco puede negarse, en cambio,

que la descripción, tan exactamente hecha por el Profesor Lannelongue en 1881, ha sido considerada por la inmensa mayoría de los autores como el retrato fiel y exacto del proceso patológico desarrollado en ese grupo de enfermos que, por la edad que tienen, les reúne bajo el epígrafe: «Tipo de los pueri-adolescentes,» sobre el cual ha insistido de nuevo en la referida comunicación, como término unitivo entre la sífilis ósea-hereditaria precoz, y la del adulto y del viejo, como eslabón intermedio que uniera ambos extremos de la serie.

Y, en efecto, lo que enseña la clínica, según hemos tenido ocasión de observar personalmente, viene en apoyo de la tesis sustentada por el Profesor Lannelongue. Para no acudir en busca de otros ejemplos, que por la data podría no reproducir nuestra memoria con la indispensable fidelidad, nos limitaremos á recordar brevemente dos casos recientes, uno de los cuales tuvimos el honor de presentar en esta misma Academia, en una de las sesiones precedentes. Como recordarán los señores Académicos, en este último caso se trataba de una muchacha de diez y siete años, que por primera vez en su vida tuvo manifestaciones heredo-sifilíticas de un proceso localizado cerebral, las cuales iban acompañadas de manifestaciones óseas dolorosas, con indudable aumento de volumen en las extremidades diafisarias en los miembros superiores, localizadas principalmente en el húmero y cúbito izquierdos y radio derecho. Dicha enferma, que actualmente tenemos la satisfacción de manifestar que ya está curada de su grave padecimiento, no tuvo en dichos huesos otro proceso que esas osteo-periostitis heredo-sifilíticas, que cuando no se tratan oportuna y apropiadamente recrudecen por accesos, dejando en cada uno de ellos neoformaciones óseas que es de suponer llevan á las deformidades características de la osteitis deformante. En la adolescencia es bastante común observar la primera aparición de dichas manifestaciones sifilíticas de origen hereditario, y la causa de que así suceda tal vez se encuentre en las circunstancias accidentales por que atraviesa el organismo de la mujer en esta época, y, como se recordará, la enferma que nos ocupa hacía muy poco tiempo que había visto aparecer su primera menstruación.

En el otro caso se trataba de una mujer de cuarenta y tres años, soltera, natural de Bilbao, que ingresó en nuestra enfermería del Hospital General el día 13 de Febrero, y que fué dada de alta, curada, el día 9 de Marzo del corriente año. Dicha enferma, que por los caracteres algún tanto insólitos de su proceso, la escogimos para una de las Conferencias de la clínica, no tenía ni en el cabello, ni en toda su piel, ni en sus mucosas, ni en sus ganglios, ni en sus órganos internos, nada que pudiera hacer sospechar una sífilis adquirida; al propio tiempo la paciente refería que nunca había estado enferma, excepto cuando tuvo, á la edad de veinte años, unas viruelas graves, que la piel de su cara delataba con elocuencia, y que hacía ocho meses que se le había retirado, sin trastorno de ningún género, el período menstrual. La mujer atribuía su padecimiento al hecho de verse obligada á fregar suelos y estar constantemente en contacto del frío y de la humedad; el proceso databa de un mes, y comenzó por dolores en la pierna y en el antebrazo izquierdos, que se acentuaban estando en pie, caminando, trabajando, es decir, con motivo de toda clase de movimiento; algunas veces se mitigaban por el reposo y constantemente se exacerbaban por la noche, hasta el punto de que le impedían conciliar el sueño. A su ingreso se quejaba de los mismos dolores que contrastaban con un estado general excelente y con la normalidad de todas las demás funciones orgánicas, incluso la calorificación, es decir, no tenía fiebre. Al examen de las partes dolorosas vimos que el dolor se exageraba extraordinariamente á la presión en casi los dos tercios superiores de la cara interna y borde anterior de la tibia izquierda, y á lo largo de las diáfisis del cúbito y del radio y tercio inferior del húmero del mismo lado. La presión verificada en toda la región de los tejidos articulares, no despertaba dolor. En la pierna, dada la superficialidad del hueso, se veía un abultamiento difuso, duro al tacto, y adherido á la piel en toda la extensión dolorosa; pero en particular y mucho más saliente en el extremo superior de la diáfisis de la tibia. En los huesos del miembro superior, aunque no se observaban estos caracteres, el tacto descubría un aumento de volumen indudable de la parte dolorosa de los huesos correspondientes.

La forma del proceso, que casi podríamos llamar hemiplégica por su localización, teníamos que calificarla, por sus caracteres clínicos, de osteo-periostitis sifilítica; y por la falta absoluta de todo rastro orgánico de sifilis adquirida, de osteo-periostitis heredo-sifilítica; y en fin, por la edad en que se manifestó por primera vez, de osteo-periostitis heredo-sifilítica tardía. El tratamiento mixto, mercurial iodurado, que se empleó curaron á la enferma en menos de un mes, dejándole únicamente una hiperostosis muy pequeña é indolora en el tercio superior de la cara interna de la tibia, algo redondeado el borde cortante del mismo segmento de dicho hueso y, al parecer, ligeramente aumentados de volumen los extremos diafisaros del cúbito y del radio.

Estos dos casos, que corresponden uno al tipo de los adolescentes, y otro al tipo de los adultos, vienen en apoyo, como se habrá visto, de que la heredo-sifilis ósea puede manifestarse por primera vez en distintas edades, dando lugar á esas osteo-periostitis difusas por accesos que dejan en pos de sí hiperostosis, neoformaciones óseas que es de suponer son las responsables, por su repetición sucesiva, de las deformidades tan características de la enfermedad de Paget, la cual, considerada desde este punto de vista, no representa más que la fase última ó el período terminal de la heredo-sifilis ósea.

Fundándose, pues, Lannelongue en estas consideraciones de orden patológico, en los caracteres macro y microscópicos de los huesos después de estos ataques en la adolescencia ó en la edad adulta, totalmente idénticos con los propios de la osteitis deformante, y en las de orden terapéutico, es decir, en la eficacia rápida del tratamiento específico en los ataques agudos de osteo-periostitis y hasta en las mejorías conseguidas con el mismo tratamiento en las irreparables deformaciones óseas de Paget en algunos casos, ha llegado á la conclusión de que este proceso es la manifestación última, preparada silenciosa y constantemente ó tumultuosamente y por accesos durante muchos años, de la localización ósea de la heredo-sifilis; es el período terminal de la heredo-sifilis ósea, cuyas deformaciones, por la naturaleza neoformativa, apenas si se dejan influir por el trata-

miento específico, por ese tratamiento que, empleado en las crisis agudas, las hubiera cortado de raíz y hubiera evitado las ulteriores deformaciones.

Los casos que hemos tenido el honor de exponer á vuestra ilustrada consideración, corroboran, tanto la existencia de las manifestaciones óseas heredo-sifilíticas en la adolescencia y en la edad adulta que dejan en pos de sí neoformaciones, como la eficacia rápida del tratamiento específico, y, en particular, para hacer desaparecer los dolores y la tumefacción difusa.

Ahora bien: el caso que vamos á tener el honor de presentaros esta noche representa, á nuestro modo de ver, y en nuestra humilde opinión, la prueba plena, la prueba real y tangible, el hecho clínico, en una palabra, de que la enfermedad de Paget, la osteitis deformante, es de origen heredo-sifilítico. No se trata ya de argumentos más ó menos fundamentados, de razonamientos más ó menos lógicos que una intencionada crítica siempre puede desvirtuar, sino del caso patológico visible, palpable, ante cuya elocuencia no cabe suspicacia de ningún género.

(Los señores Académicos y el público examinaron á la enferma.)

Como pueden ver los señores Académicos, trátase de una muchacha de diez y seis años, que, al propio tiempo que tiene algunas deformaciones óseas análogas á las del tipo morboso descrito por Paget, y en particular la deformación de las tibias en forma de *fourreau de sable,* como dijo Lannelongue, es decir, de vaina de sable, presenta un gran número de manifestaciones distróficas, de aquéllas que son más comunes y expresivas en la sífilis hereditaria.

Con objeto de molestar el menor tiempo posible la atención de la Academia, no haremos la historia detallada de la enferma, historia sumamente interesante por muchos conceptos, sino que nos limitaremos á señalar los puntos esenciales de su proceso patológico, que tienen íntima relación con el asunto que nos ocupa. Desde luego llama la atención la exigua talla de la enferma, que sólo es de 1,342 metros, y la falta de menstruación, que contrasta con el desarrollo de sus mamas, si no

exuberante, desproporcionado con su desarrollo corporal. Sus facciones son absolutamente aniñadas, y pueriles las manifestaciones de su espíritu, perfumadas todavía por esas suaves emanaciones de la inocencia de la niñez. La inteligencia no está muy desarrollada como podría estarlo á su edad; es impresionable y tímida, apocada y quieta. Recordaremos un detalle que pinta gráficamente su apocamiento y timidez: el día de su ingreso en nuestra enfermería ninguna emoción ostensible manifestó durante el interrogatorio, hasta que la descubrimos las piernas, y entonces empezó á llorar de tal modo, con tal sentimiento y angustia, que necesitamos bastante tiempo y muchas palabras de consuelo para secar las lágrimas de sus ojos y devolverla la tranquilidad. Pues bien: la causa del llanto no fué otra, según ella misma confesó después, que el temor de que la quisiéramos operar las piernas al ver que las tenía tan deformadas. En una palabra: es tan exigua de cuerpo como pequeña de espíritu; es infantil todavía, infantilismo que también se revela en la escasa y casi nula producción del sistema piloso en todo el cuerpo, incluso en los sobacos y en el pubis.

De piel morena y con ganglios infartados en el cuello y en las ingles, padece hace tiempo una querato-conjuntivitis tracomatosa, según dictamen emitido por el reputado oftalmólogo del Hospital General, Dr. Mansilla; tiene, como pueden ver los señores Académicos, la nariz muy achatada, con hundimiento de los huesos nasales y con restos, en la cara interna de las ventanas de la nariz, de un coriza crónico. Todas las piezas dentarias están deslustradas y rugosas, como si hubiesen perdido el esmalte, y en algunas de ellas, especialmente en los incisivos medios superiores, implantados en dirección divergente, se ven unos surcos transversales y otros que atraviesan el borde libre, dando á éste un aspecto dentado é irregular; el segundo molar superior izquierdo está implantado viciosamente por dentro del borde alveolar del maxilar superior hacia la bóveda palatina, la cual está muy abarquillada; la faringe, y en particular los pilares anteriores, tienen un color más subido que en estado normal. Y por si todos estos estigmas distróficos

de la heredo-sifilis no fueran suficientes para inclinar el ánimo en pro de este juicio diagnóstico, ahí tenéis en su corazón una lesión valvular que, por el concepto patogénico que nos merece, viene á representar la confirmación de dicho juicio.

Nos referimos, como habréis adivinado, á la llamada *estrechez mitral pura*, á esa lesión valvular que sigue un curso silencioso en gran número de casos, de origen congénito tal vez siempre, y, por lo tanto, alejada de la etiología reumática que tan gran número de endocarditis provoca; lesión, en fin, que con frecuencia sólo se revela de un modo ostensible con motivo de otro estado morboso ó de una causa moral y muy á menudo en la pubertad. Y en esta enferma encuéntranse dos dichas causas reunidas en su etiología: la pubertad y un disgusto que le provocó palpitaciones, dolor y ansiedad precordial y disnea, síntomas que motivaron su ingreso en nuestra enfermería. Auscultando el corazón hoy, lo mismo que en el día de su ingreso, se oye en el foco de la mitral un primer ruido muy áspero y reforzado, seguido del segundo normal, que á su vez va seguido de un soplo bastante intenso que se propaga más hacia el apéndice xifoides que hacia la axila, y en los focos del corazón derecho

Estrechez mitral pura en la heredo-sífilis.

Muchacha de diez y seis años.



Sala 26, núm. 14. R. I.



Sala 26, núm. 14. R. I.—25 Mayo 1903.

todos los ruidos muy reforzados, expresión evidente de la sobrecarga sanguínea y del aumento de tensión en la circulación menor. La gráfica de su pulso, obtenida con el esfigmógrafo de Marey, revela, como pueden ver los señores Académicos, por la línea de ascensión casi vertical y poco elevada, la brusquedad

con que fácilmente se vacía el ventrículo izquierdo y la poca amplitud de la onda sanguínea; el vértice es redondeado y la línea de descenso oblicua, con la onda de elasticidad muy poco marcada, probablemente por la escasez del caudal sanguíneo lanzado á la circulación arterial.

Ahora bien: merced á las prolijas observaciones clínicas de nuestros días, es hoy casi unánime la opinión que considera la estrechez mitral pura como un vicio congénito y como un estigma distrófico ligado principalmente á la tuberculosis y á la heredo-sífilis. Por esto decíamos antes que si los demás síntomas, con ser tan expresivos, no se consideraban suficientes para calificar á la enferma de heredo-sifilítica, teníamos en una lesión visceral importante, en la estrechez mitral pura, la prueba plena, la confirmación evidente del referido diagnóstico.

Además, en un reciente trabajo del Dr. Taylor se afirma que en la sífilis hereditaria y en las localizaciones óseas de la misma, se observa constantemente la leucocitosis, y el análisis de la sangre de esta enferma, practicado por el Dr. Mendoza, ha puesto de relieve un aumento sensible de los leucocitos, como puede verse á continuación:

Hematíes	[illegible],812,000
Leucocitos	7000
Relación	1/687
Hemoglobina	87 por 100
Cociente eritrocítico	0,00000262

Los preparados frescos no demuestran existencia de alteraciones morfológicas de ninguna clase.

Por los métodos triácidos de Ehrlich no se ven leucocitos eosinófilos; las plaquetas parecen algo aumentadas; se encuentran leucocitos con granulaciones neutrófilas.

La falta de otro género de alteraciones sanguíneas, excepto las que indican un débil grado de anemia, y la existencia de una leucocitosis, no por poco acusada menos evidente, vendrían en apoyo, según Taylor, de la heredo-sífilis.

Partiendo, pues, de todos estos hechos, la lógica encamina á

suponer que las lesiones óseas que se encuentran en la enferma, no pudiéndolas atribuir fundadamente á otras causas, se consideren como hijas legítimas, como originarias directas de la heredo-sífilis, y con más motivo si se tiene en cuenta la predilección que este proceso manifiesta por el sistema óseo en las distintas edades, como queda probado en los dos casos referidos, lo cual, á su vez, reunirá más visos de certeza si se recuerda la clase de análogos trastornos y deformaciones que determina esa predilecta localización.

Y ¿cuáles son las lesiones óseas de esta enferma?

Desde luego la mayor deformación, la que salta á la vista del observador, es la que se encuentra en esos huesos llamados, no sin motivo, reveladores de la sífilis: en las tibias. Como se puede ver, las deformaciones de estos dos huesos son análogas y simétricas, y consisten en una incurvación en el sentido antero-posterior, formando un ángulo saliente hacia adelante en el centro de la diáfisis. Particularmente la cara antero-interna y borde anterior de las tibias están por completo modificados. Desde el tercio medio hasta el extremo inferior, el borde anterior, en vez de ser cortante y agudo, es romo, redondeado; y en el tercio superior, dicho borde está sustituído por una superficie plana representada por la cara antero-interna, de modo que el hueso da la impresión al tacto de haber sufrido alrededor de su eje vertical una torsión sobre sí mismo en el sentido de dentro afuera. Por estos caracteres que descubre el tacto se comprende que ambas tibias tengan la forma que tan gráficamente apellidó Lannelongue con la frase de *fourreau de sabre*.

Justo es consignar que las deformaciones de dichos huesos no se limitan á los cambios de forma y dirección, sino que además existen neoformaciones óseas limitadas, como se descubren por la palpación en la parte interna del extremo diafisario superior de la tibia izquierda y se ven en la adjunta radiografía que debemos al entusiasmo científico del Dr. Decref, y un aumento inusitado del volumen de los huesos de la pierna, desde luego mucho más acentuados en ambos peronés, hasta el punto de que casi alcanzan el volumen de la tibia respectiva, como puede verse en esta otra radiografía que debemos á la amabi-

lidad incansable y á la competencia no discutida de nuestro querido compañero el Dr. Espina. El volumen considerable alcanzado por dichos huesos y las deformaciones que les acompañan recuerdan con bastante perfección las singulares lesiones óseas de la enfermedad de Paget. En honor á la verdad, aunque el peroné tenga un volumen doble ó triple del normal, le falta volumen á la tibia para llegar á esos límites extraordinarios que dicho hueso tiene en la osteitis deformante. Pero no es menos cierto que para el objeto de nuestra comunicación, ó sea para contribuir al esclarecimiento de la obscura etiología de aquella enfermedad, bastan los caracteres que se observan por la inspección de las piernas de la enferma, y los que pone de manifiesto la radiografía, para comprender que ante nuestros ojos tenemos un boceto, es decir, un cuadro no terminado de la enfermedad de Paget totalmente desarrollada. El carácter deformante del proceso, la forma clínica con que éste se manifiesta y su predilecta localización, representan rasgos clínicos fundamentales análogos á los de la enfermedad de Paget; y si además se tiene en cuenta que en aquella enferma, como en esta enfermedad, se encuentran otros huesos con hiperostosis, aumentados de volumen, como las clavículas, el mango del esternón, los húmeros y los fémures, y el frontal con sus abombamientos simétricos aunque poco manifiestos, se verá que la analogía fundamental entre enferma y enfermedad no se puede poner en duda.

Ahora bien: siendo tan características las lesiones óseas de esta enferma, que tanto se aproximan á las del tipo Paget como se alejan de las que se encuentran como manifestaciones clínicas de otros procesos patológicos, y teniendo en cuenta que por los estigmas distróficos de la paciente ha de ser ésta considerada como una heredo-sifilítica, es natural y lógico suponer que tanto estos estigmas como aquellas lesiones reconocen el mismo origen y la misma naturaleza, es decir, son todos manifestaciones de la heredo-sifilis.

Como comprenderán los señores Académicos, esta última deducción tiene una importancia sin límites en cuanto se refiere á la resolución del difícil problema etiológico que nos está ocu-

pando. Como se recordará, Lannelongue apoyaba sus opiniones, no en hechos demostrativos y concluyentes, sino en argumentos lógicos cuya substancia fundamental hemos expuesto ya al comenzar nuestra comunicación, argumentos que, no hay para qué negarlo, llevan la convicción al ánimo; y muy recientemente el Profesor Fournier, ocupándose del mismo asunto en la Academia de Medicina de París, y contestando á las alusiones del Profesor Lannelongue, después de conceder una real importancia á los razonamientos expuestos por éste, y aun mostrándose dispuesto á aceptar sus ideas, ha manifestado sus razonables reservas sentando categóricamente que no se podrá afirmar de un modo rotundo é indiscutible el origen heredo-sifilítico de la enfermedad de Paget mientras no se dé con un caso clínico en que las lesiones óseas de Paget, vayan acompañadas de estigmas distróficos indudables de sífilis hereditaria, ó se demuestre de un modo positivo, que no se preste á ningún género de duda, la sífilis en los ascendientes del individuo enfermo.

Por esta simple indicación de lo que se piensa por Profesores tan eminentes, resalta aún más el valor demostrativo del caso presente, puesto que en él se encuentran reunidos y amalgamados las lesiones óseas de tipo Paget y los estigmas distróficos evidentes de la heredo-sífilis. No hemos de negar, sin embargo, que la demostración sería más completa y más perfecta si hubiésemos podido aportaros datos auténticos y precisos acerca de la sífilis padecida por sus padres; pero como que en este caso particular desgraciadamente no existen los padres, ni familia á quien dirigirse, es imposible aportar tan valioso dato anamnésico en favor de la tesis que estamos sustentando.

De todos modos, el hecho clínico, que han podido examinar los señores Académicos, es sumamente demostrativo en cuanto se refiere á la dilucidación del origen heredo-sifilítico de la osteítis deformante.

Aunque el tratamiento específico no tenga ninguna influencia, ó influya escasamente, sobre las deformaciones óseas definitivas y permanentes, como ocurre en muchos procesos de origen sifilítico, que se colocan en el cuadro de las manifestaciones llamadas para-sifilíticas, es indudable que la transcendencia te-

rapéutica del caso demostrativo que nos ocupa es extraordinaria, puesto que encamina á emplear con energía y con esperanza de éxito aquel tratamiento específico en los brotes agudos de osteoperiostitis, en esos momentos en que todavía no son definitivas las lesiones óseas, y, por lo tanto, pueden retroceder al ser impresionadas por la medicación, como en los dos casos que hemos tenido el honor de exponer anteriormente.

Teniendo en cuenta, pues, la conveniencia de que los individuos que padecen aquellos ataques agudos, que generalmente atribuyen al reumatismo, sepan la verdadera naturaleza de la enfermedad para evitarles que en avanzada edad lleguen á ser víctimas de las lesiones de Paget; en vista de lo que puede la medicación específica en tales casos; en consideración á lo demostrativo que resulta el caso que hemos presentado y á la gran competencia de todos los Profesores que componen esta Corporación, excepto quien os dirige la palabra, como es natural, esperamos que la Academia nos dispensará el tiempo que la hemos molestado durante esta comunicación, y que tanto los médicos como los cirujanos, puesto que lo mismo á unos que á otros puede interesar el estudio de proceso tan raro, emitirán sus autorizadas opiniones, ya que la nuestra carece de autoridad, acerca del importantísimo asunto que hemos tenido el honor de someter á su ilustrada consideración.»

Terminado el discurso del Sr. Codina, y transcurrido el tiempo reglamentario, se levantó la sesión.

El Secretario-Contador,
ANGEL PULIDO Y FERNÁNDEZ.

IV

SESIÓN DEL 9 DE MAYO DE 1903

Leída y aprobada el acta de la anterior, se dió cuenta de los impresos recibidos.

El SR. GÓMEZ OCAÑA hizo uso de la palabra, para completar la historia de la *sección de los dos nervios vagos en un mismo acto,* que comunicó á la Academia en 7 de Marzo del año ac-

tual; declarando previamente que el Laboratorio es movible y da cada día nuevas enseñanzas; que en 1901 sostuvo que la *doble vagotomía* mataba con seguridad, y que ha visto morir perros después de la sección de un solo nervio vago; que en cien casos de la sección única, mueren cuarenta y cinco; y que ahora sostiene ideas diferentes.

Añadió que fisiólogos de distintos países, que son autoridades en la materia, han hecho primero la sección de un nervio vago, y al cabo de algún tiempo, veinticinco días ó más, la del otro, logrando que el animal sobreviviera, habiéndose regenerado los troncos nerviosos; y que el perro que sufrió la sección en su Laboratorio, y de que dió noticia á la Academia en Marzo último, sigue afónico, tiene vómitos y respiración ruidosa; pero continúa viviendo y en buen estado.

El 28 de Abril último comunicó al Congreso Internacional de Medicina, últimamente celebrado, tan notable caso de «Supervivencia de un perro, después de la doble y simultánea sección de los dos nervios pneumo-gástricos;» y sometido el animal á las investigaciones de los fisiólogos más ilustres, en el Laboratorio de esta Facultad de Medicina, se practicó una incisión de 25 centímetros en el cuello, y se aplicó una corriente farádica; hallándose los dos cabos de los nervios vagos pegados y unidos á la carótida, sin reacción del corazón, pupilas ni vasos, y conservándose tan sólo la sensibilidad respiratoria.

El Sr. Gómez Ocaña terminó manifestando: que el perro en cuestión vive después de la sección de los dos pneumo-gástricos en una misma sesión; que en él se verifica la deglución, á pesar de lo que arrojaban anteriores investigaciones; que también continúa la digestión, aunque se haya asegurado que los nervios vagos ejercen gran influencia en la mortalidad y función digestiva del estómago; y que, sin duda, el papel de los nervios vagos sobre el estómago y otros órganos puede sustituirse por otros nervios; quedando para lo sucesivo la resolución de gran número de cuestiones de la mayor transcendencia.

El Sr. Espina preguntó si los ritmos respiratorios y circulatorios habían sufrido alguna alteración en el animal de que se trata.

El Sr. Gómez Ocaña contestó: que ha observado en dicho animal cambios notabilísimos en dichos ritmos; que primero fué rara y profunda la respiración; que después llegaron la respiración y circulación á la relación de 1 á 19, cuando lo normal es de 1 á 4; que al sexto día anotó 21 pulsaciones por cada movimiento respiratorio; y que en la actualidad hay completa normalidad en los ritmos circulatorio y respiratorio.

Reanudado el debate sobre *Quistes hidatídicos*, continuó su interrumpido discurso acerca de este asunto

El Sr. Alonso Sañudo. Empezó manifestando que la clínica constituye en Medicina el criterio fundamental, aplicable á la resolución de todos los problemas, y con el cual se han adquirido las verdades que constituyen el tesoro de la ciencia y del arte médicas, y se realiza el progreso en todas las esferas de nuestra actividad.

Habló de la pleuresía y de los derrames que son su consecuencia, y en cuyo estado morboso el clínico puede discernir la índole de la enfermedad, la variedad de que se trata y la naturaleza del líquido contenido en la cavidad pleurítica; si es una pleuresía parcial, como la interlobar; si el líquido es de naturaleza estreptocócica, de estafilococos ó de neumococos; si va acompañada de neumonía interlobar, que ocasiona la vómica, ó si los quistes hidatídicos son los responsables del cuadro morboso que se tiene á la vista.

Trató después de la fisiología y de la patología del páncreas, de las investigaciones de Laboratorio referentes á su función normal, y especialmente de los tres fermentos que se han estudiado en el líquido que forma, y de la glucosuria pancreática, bien conocida y comprendida; deduciendo de todo, que aunque son raras las enfermedades del páncreas, pueden diagnosticarse sin grandes dificultades, distinguiéndolas de las del hígado y de las del estómago, con las cuales pueden confundirse.

Respecto á los *Quistes*, el Sr. Alonso Sañudo reconoció las obscuridades que entrañan, lo mismo para los médicos que para los cirujanos, insistiendo en que los primeros han aclarado y conocido todo lo que se sabe sobre tan interesante materia.

El Sr. Ribera citó casos diagnosticados de *pleuresía supurada*, y que resultaron quistes de la pleura y del pulmón en las clínicas quirúrgicas; y otros, clasificados por médicos eminentes como quistes del hígado, úlceras del duodeno y cálculos del coledolo, y que eran cánceres del páncreas ó de otros órganos de la cavidad abdominal.

Defendió las *laparotomías exploradoras*, porque son el único medio de aclarar diagnósticos obscuros y de favorecer los progresos de la ciencia; ocurriendo una cosa análoga con las *craniectomías*, cuando se trata de dolencias del centro encefálico.

Habló después de la *esofagotomía*, refiriendo sus investigaciones sobre la cirugía del mediastino posterior, que prueban la gran diferencia que existe entre los estudios que se hacen en el cadáver y las operaciones que se practican en el vivo; citó un caso de herida por arma de fuego, en que se creyó que la bala estaba alojada en dicho mediastino, desistiendo de buscarla en el acto operatorio, y limitándose á practicar un desagüe de la cavidad pleurítica; y aseguró, por fin, que en la exploración de la extremidad cardiaca del esófago se encuentran á veces grandes dificultades, aunque se trate de gastrectomías, como á él le ha ocurrido en la práctica.

Terminado el discurso del Sr. Ribera, y habiendo transcurrido el tiempo reglamentario, se levantó la sesión.

V

SESIÓN DEL 16 DE MAYO DE 1903

Abierta á la hora señalada, leída y declarada conforme el acta de la anterior, se dió cuenta de las obras recibidas.

Se leyó la siguiente Nota, remitida por el Médico D. Servando de los Reyes, residente en Santa Cruz, Isla de la Laguna (Filipinas), que se refiere á una monstruosidad; y los señores Académicos examinaron después la fotografía que le acompaña.

«El infante acéfalo, cuyo retrato es la adjunta fotografía, na-

ció á las cinco de la tarde del día 3 de Diciembre de 1902 con suma dificultad, que á poco causaba la muerte de su madre, habiendo nacido su gemela á las diez de la mañana del propio día 3, siendo sus padres Valentín Jara y Escolástica Rangarilla, residentes en el barrio de Gatid, del pueblo de Santa Cruz, provincia de la Laguna, donde tuvo lugar el nacimiento de ambos infantes, que pertenecían al sexo femenino. Ambas á dos niñas tenían el desarrollo de feto de todo tiempo, y fueron bautizados con el nombre de Francisca por ser el del santo del día de su nacimiento. La que nació por la mañana, estaba completa y vivió hasta el 5 del citado mes de Diciembre, en que también falleció como su hermana. La acéfala vivió dos horas fuera del claustro materno, habiendo hecho la micción una vez durante el breve tiempo que vivió, no sin ejecutar movimientos en dicho tiempo, por los que se conoció que vivía.

Como se ve en la fotografía, la mano derecha le ha nacido sin brazo ni antebrazo; en la parte anterior del cuerpo con solos cuatro dedos muy cortos; la izquierda tampoco tiene más de cuatro dedos, también cortos; no tiene brazo, pero sí antebrazo, si bien bastante corto; su ombligo no tiene más de un decímetro de largo; su placenta, en su forma y dimensiones, es una verdadera coliflor pequeña; los órganos genitales están bien formados, así como el de la defecación; sus muslos, como también sus piernas, son más cortos que de ordinario; y sus pies no tienen nada de particular. El extremo superior de su cuerpo está liso, siendo debida la ranura semicircular, que se observa en él, á la acción del alcohol en que se halla conservada, y haber estado suspendida por dos hilos dentro del frasco en que se halla contenida, siendo los extremos de dicha ranura los puntos de ensarto por dichos hilos; los repliegues que se observan en la parte anterior de su cuerpo, son el efecto igualmente de la acción del alcohol, de modo que los citados ranura y repliegues no son naturales. En la fotografía se la ve con pies varus; pero esta forma no es natural, sino adquirida dentro del frasco, por la posición sentada que tiene en éste, unida á la acción del alcohol. No tiene más hueso que desde la región lumbar para abajo. Desde esta región para arriba no tiene absolutamente

ninguno, á excepción del único antebrazo que tiene, que está provisto de huesos.»

El Sr. Cervera presentó un enfermo, operado hace diez y seis días, de *gastro-enterostomía* por estrechez pilórica, y en el cual podía observarse una cicatriz sólida de laparotomía, por encima del ombligo, sin que se hubieran observado los *flegmoncitos*, que son tan frecuentes, por las sedas y puntos de sutura, ni la *eventración*, que también suele sobrevenir en tales casos.

Añadió que para evitar tales accidentes, hace tres planos de sutura: el primero con catgut, que comprende el peritoneo; el segundo con hilo de plata, para las aponeurosis y masa muscular, dejándole perdido; y el tercero, de sutura sub-dérmica, con crin de Florencia, procurando no penetrar en las glándulas, donde anidan los elementos patógenos, estafilococos y estreptococos.

Así consigue la unión perfecta en seis ó siete días, sin pus ni eventración, según ha podido observar en cuatro años y más de doscientos casos.

El Sr. San Martín presentó tres enfermos amputados de pierna, en que pueden tener aplicación las *piernas artificiales*, confeccionadas por el ortopedista de Bilbao, Sr. Salaberri, según informó el Profesor, Sr. Areilza, al último Congreso internacional de Medicina.

Los señores Académicos observaron á uno de dichos operados, que anda con la mayor perfección, hasta el punto de no ser fácil distinguir cuál es la pierna operada; examinando el aparato ortopédico que suple la pierna amputada.

Abierta discusión sobre el *Origen heredo-sifilítico de enfermedad de Paget*, expuesto en una de las sesiones anteriores por el Sr. Codina, usó de la palabra

El Sr. González Alvarez; el cual, después de felicitar al autor de la comunicación por tan interesante caso, recordó las ideas de Paget, de Fournier y Lannelongue acerca del asunto, y especialmente de su etiología y patogenia.

Aseguró que al examinar las radiografías presentadas por el Sr. Codina, no pudo menos de dudar sobre la exactitud del diagnóstico, por no haber encontrado las eminencias, rugo-

sidades y asperezas de los huesos largos, y especialmente de las tibias, que caracterizan la enfermedad de Paget; exponiendo las observaciones de Lannelongue, de las cuales se desprende, que hay lesiones del periostio análogas á la enfermedad de Paget, pero que se presentan en la infancia y adolescencia, ó sea de los ocho á los quince años; que la osteitis deformante, según Paget, Fournier y Lannelongue, no se manifiesta hasta los cincuenta años, por término medio, y que dichos Profesores no han visto ningún caso de dicha enfermedad inmediatamente después del nacimiento.

Habló del raquitismo, en el cual las deformidades de las extremidades de los huesos no se observan después de completado el desarrollo.

El Sr. González Alvarez citó el caso de un niño recién nacido, que, hace unos dos años, se depositó en el torno de la Inclusa de esta Corte, con *tetania* de las extremidades superiores é inferiores, abultamiento y corvadura de los huesos; no habiendo encontrado el Sr. Espina, que hizo la radiografía, nada de notable, sobre todo en lo referente á las lesiones características de la enfermedad de Paget.

Muerto el niño á los quince días de su ingreso en el establecimiento, se estudiaron cuidadosamente todos los huesos de su esqueleto, aserrando el fémur y la tibia; observándose la yuxtaposición ósea múltiple, que pudo formarse desde el segundo ó tercer mes, y durar, por tanto, unos seis meses, y no pudiendo averiguarse los datos hereditarios, tan útiles en el caso presente, por la circunstancia, ya expuesta, de haberse recibido el niño por el torno.

El Sr. González Alvarez presentó fotografías, en que se observan las deformidades óseas, y expuso las dudas de Lannelongue, respecto á la causa de que tales deformidades se presenten especialmente en las extremidades inferiores, de su relación con las inserciones musculares y otros interesantes particulares de la enfermedad de Paget.

El Sr. Codina estimó como muy interesante el caso expuesto por el Sr. González Alvarez, declarando que la etiología de la enfermedad de Paget era muy obscura, á pesar de las investi-

gaciones realizadas hasta el presente; y que en su clínica del Hospital General de esta Corte existía un caso demostrativo de las ideas sostenidas por Lannelongue.

Lamentó que, en la observación del Sr. González Alvarez, se desconozca el origen de la enfermedad, por ignorarse en absoluto quiénes sean los padres del niño; recordó que Fournier y Lannelongue atribuyen tal estado morboso á la heredo-sífilis, y explicó, con Lannelongue, las deformidades óseas por las periostitis que las preceden.

Transcurrido el tiempo reglamentario, se suspendió este debate, quedando el Sr. Codina en el uso de la palabra para la sesión próxima, y levantándose la de hoy.

VI

SESIÓN DEL 23 DE MAYO DE 1903

Después de leída y aprobada el acta de la anterior, se dió cuenta de los impresos recibidos.

Continuando el debate sobre el *Origen heredo-sifilítico de la enfermedad de Paget*,

El Sr. Codina, que se hallaba en el uso de la palabra desde la sesión anterior, manifestó que, hasta hace dos meses, el origen de la enfermedad de Paget era desconocido; que Lannelongue ha afirmado, en la Academia de Medicina de París, que su causa es la sífilis, ó sea, lo contrario de lo que antes se creía; y que no basta un solo síntoma, sino el conjunto de ellos, para diagnosticar un estado morboso.

Añadió que la enfermedad de Paget empieza de los treinta á los cuarenta años; que se manifiesta primero por dolores, seguidos de deformaciones óseas, con localización en los huesos largos de las extremidades, especialmente en la tibia y clavícula, casi siempre simétrica; y que el estado general es satisfactorio.

Respecto al caso expuesto por el Sr. González Alvarez, dijo que no podía diagnosticarse de enfermedad de Paget, porque no existía curvadura ósea, sino eflorescencias en su superficie; por-

que debió empezar en el período intra-uterino, y porque no se presentaron síntomas de la sífilis heredada; declarando, sin embargo, que las lesiones encontradas eran análogas á las que caracterizan la enfermedad de Paget.

El Sr. Codina negó que se haya propuesto presentar un caso de dicha enfermedad, pues su proposición fué: *Origen heredo-sifilítico de la enfermedad de Paget;* combatió la existencia del raquitismo en el caso por él expuesto, pues existía curvadura y exóstosis, las crestas de las tibias eran romas, las clavículas hipertrofiadas, las eminencias frontales salientes, el pecho completamente liso, y no se demostraban las alteraciones descritas por Ollier.

Terminó asegurando que su comunicación se ha referido á un caso de sífilis ósea hereditaria, con periostitis y osteitis rarefaciente, que produjeron tumores por capas sucesivas; que el estado general era excelente; y que si no podía diagnosticarse tal caso de enfermedad de Paget, era un boceto de la misma.

El Sr. González Alvarez trató de los caracteres del raquitismo, de la sífilis hereditaria y de la enfermedad de Paget; excitó al Sr. Olóriz á que expusiera su autorizada opinión, sobre la época en que dieron principio las lesiones en cuestión; dijo que las superposiciones óseas procedían del periostio; que el niño sucumbió por entero-colitis, á los quince días de nacer; que aunque la sífilis se transmite de los padres á los hijos, la madre es la que ejerce mayor influencia; y que las torceduras de los huesos, en el caso referido por el Sr. Codina, eran, en su opinión, de raquitismo curado, no de sífilis heredada.

El Sr. Olóriz dió gracias por haber solicitado su opinión en los interesantes casos que se debatían; calificó de difícil el problema formulado, porque siempre lo era la cronofagia orgánica, y mucho más la intrauterina; y temió que fuera estéril su información, dada la obscuridad de las cuestiones de que se trataba.

Manifestó después, que los huesos presentados por el señor González Alvarez corresponden efectivamente á un feto de nueve meses; que el fémur tiene 9 centímetros de largo, uno menos de lo ordinario; que en la extremidad inferior de dicho hue-

so aparece el punto óseo correspondiente á la epífisis respectiva; y que la osificación del esqueleto parece algo adelantada.

Dijo que en uno de los fémures el estuche de tejido compacto de la diáfisis es más grueso de lo común, y que lo que había de ser conducto medular, estaba ocupado por tejido esponjoso; que se observaban los fenómenos propios del aumento del proceso formador y de la disminución del destructor; que del tercero al quinto mes del embarazo debió empezar la perturbación nutritiva; y que ésta ha debido realizarse especialmente en los dos ó tres últimos meses de la vida intrauterina.

Respecto al fémur aserrado, admitió tres capas: una amarilla, otra blanca, y la tercera constituída por las excrecencias óseas; opinando que la más profunda era la más antigua, y correspondía al tercero ó cuarto mes del desarrollo; que las otras eran de fecha más próxima al nacimiento, y que las exóstosis ofrecían caracteres muy adelantados.

El Sr. Olóriz terminó su discurso, reconociendo la influencia dominante de la madre en la transmisión de las enfermedades hereditarias, puesto que el feto puede considerarse como un órgano de la misma.

El Sr. González Álvarez felicitó al Sr. Olóriz por su intervención en el debate, y especialmente por lo referente á la osteogénesis de las lesiones encontradas en el caso que expuso; creyendo que los datos aportados por dicho señor Académico constituyen un digno complemento de lo anteriormente manifestado.

Transcurrido el tiempo reglamentario, se levantó la sesión.

VII

SESIÓN DEL 30 DE MAYO DE 1903

Después de leída y aprobada el acta de la anterior, y de haberse dado cuenta de las obras recibidas, se concedió la palabra

Al Sr. Espina, que presentó dos mujeres, las cuales, habiendo

sido tratadas durante un año por inyecciones hipodérmicas de *cinamato de sosa*, en una *tuberculosis pulmonar cavitaria*, han recobrado por completo la salud.

Manifestó que las enfermas tenían catorce años de edad, eran de temperamento linfático, y llegaron al período de tisis *pulmonar*, con fiebre héctica, sudores y expectoración, llena de bacilos de Koch; que durante el tratamiento vivían en su casa, y sólo iban al Hospital General á someterse semanalmente á las inyecciones de la solución de cinamato de sosa; que el resultado ha sido enteramente satisfactorio, y que han recobrado su estado normal, con el auxilio de la alimentación conveniente y del aire puro, durmiendo siempre con las ventanas abiertas.

Añadió que han llegado á 109 las inyecciones que ha practicado en las regiones infraclaviculares ó glúteas, valiéndose de agujas largas de platino, é inyectando de 5 á 10 gramos de la solución de cinamato; que no se ha observado acción alguna fisiológica con dicho medicamento; que obra endureciendo ó esclerosando el tejido morboso, y que merced á su influencia han desaparecido los bacilos de los esputos, ha cesado la fiebre y han cicatrizado las cavernas, quedando los pulmones en estado normal, según ha comprobado hoy mismo el Sr. Alonso Sañudo.

Los señores Académicos examinaron las personas de que se trata.

A excitación del señor Presidente, habló

El Sr. Alonso Sañudo, exponiendo sus opiniones sobre la génesis y terapéutica de la tuberculosis pulmonar. Admitió la tuberculosis familiar, que suele desarrollarse de los diez y ocho á los veinte años, y ante la cual se estrellan generalmente todos los tratamientos; sostuvo que la primera necesidad era tonificar á los enfermos, por medio del aceite de hígado de bacalao ó de otros modificadores farmacológicos, de la aireación y de la alimentación convenientes, y que había actualmente gran exageración en lo referente á Sanatorios, que si pueden ser convenientes para la clase pobre, quizá suceda todo lo contrario con las personas acomodadas.

Creyó que, en los tuberculosos, el médico debía crear un or-

ganismo refractario á dicho estado morboso, ó sea un terreno artrítico, valiéndose principalmente de la alimentación de la creosota, empleada en inyecciones hipodérmicas ó por la boca, y de otros medios; y que respecto de los tano-fosfatos y fosfatos de creosota, los había usado en diferentes casos, viéndose obligado á suspenderlos, porque ocasionaban polineuritis y agravación.

El Sr. Espina mostró su conformidad en cuanto se refiere á la indicación terapéutica, de transformar el organismo enfermo en terreno ácido ó artrítico, con lo cual se destruyen los gérmenes ó bacilos; y respecto al empleo de la creosota, dijo que la creía responsable en muchos casos de la presentación de los síntomas del aparato digestivo, que hasta entonces no se habían observado.

El Sr. Codina manifestó: que explorada una de las enfermas en esta sesión, y aceptando el diagnóstico del Sr. Espina, declaraba que si se le hubiera presentado en su consulta, hubiera asegurado que nunca había padecido de cavernas del pulmón, en vista del satisfactorio estado en que se hallaba; que la interesada había dicho, que nunca había arrojado por la boca esputos, sino saliva blanca; que en los vértices del pulmón no había aspereza, ni espiración prolongada, ni condensación de tejidos, ni nada que indicara cicatrización de cavernas; que pueden hallarse bacilos en los esputos sin la coexistencia de cavernas; que dicho bacilo se encuentra en todas partes, y germina si halla terreno apropiado; y que la orientación terapéutica debe dirigirse á modificar el terreno.

Expuso su creencia, de que las enfermas de que se trata, al aproximarse la pubertad, empezaron á presentar síntomas de anemia, como palidez, desnutrición, tos seca y otros; que en dichas circunstancias el bacilo de Koch tenía terreno apropiado; y que es difícil discernir el valor terapéutico del cinamato de sosa en la mayoría de los casos.

El Sr. Cervera se lamentó de las críticas de los médicos, respecto á las intervenciones quirúrgicas en las tuberculosis localizadas; aseguró que siempre había prescrito un tratamiento general, convenciéndose de su ineficacia en la mayoría de los

16

casos, y ocurriendo lo mismo con los procedimientos quirúrgicos; que en las tuberculosis cerradas, en que hay ulceración ó supuración, acostumbra á no hacer nada desde el punto de vista quirúrgico, limitándose á modificar favorablemente la nutrición por medio de la aireación y de la alimentación; y que, en su opinión, deben estudiarse escrupulosamente la orina y la sangre antes y después de todo tratamiento de la tuberculosis, para averiguar su fisiología patológica y los efectos de la intervención facultativa.

El Sr. Ribera reconoció la importancia y transcendencia de este debate, lamentándose de que se planteara á fines de este período del curso académico; sostuvo que el bacilo es el elemento principal de la tuberculosis, porque sin él no puede desarrollarse la enfermedad; y que hay gran diferencia para el pronóstico y el tratamiento entre los órganos afectados, no siendo igual la tuberculosis del pulmón y la de los ganglios mesentéricos que la de las extremidades del húmero, de otros huesos ó de la matriz, puesto que en unos casos pueden emplearse los medios quirúrgicos, y en otros no.

Añadió que en la terapéutica de la tuberculosis lo primero era averiguar si se trataba ó no de un proceso local; que en las quirúrgicas no había alcanzado resultados favorables con las medicaciones generales, como la tintura de yodo en inyecciones, que era muy dolorosa y resultó ineficaz en sus manos, sin que esto sea negar los efectos beneficiosos, que otros admiten; que como el bacilo puede localizarse en puntos determinados, las intervenciones quirúrgicas serán utilísimas en ciertos casos; y que el compromiso general no es constante, pudiendo ó no presentarse.

Transcurrido el tiempo reglamentario, se suspendió este debate, y se levantó la sesión.

VIII

SESIÓN DEL 6 DE JUNIO DE 1903

Abierta á la hora señalada, leída y declarada conforme el acta de la anterior, se dió cuenta de los impresos recibidos.

Reanudado el debate sobre *El empleo de las inyecciones de cinamato de sosa en la tuberculosis*,

El Sr. Ustáriz hizo uso de la palabra, para manifestar que siempre ha ejercido la profesión como Médico-Cirujano, no como Cirujano solamente, apelando á los modificadores terapéuticos que ha creído indicados, y lamentando el extravío de ciertos especialistas, que, desvirtuando el verdadero carácter de las especialidades, las rodean de cierto aparato teatral, impropio de la dignidad de la Ciencia y del Arte que profesan.

Citó el caso de una epistaxis, ocurrida en el curso de una fiebre tifoidea, y por la cual se avisó á un especialista en oto-rino-laringología, que estuvo ocho días preparado, con aparato instrumental y ayudantes, por si se repetía dicha hemorragia; lo cual no sucedió.

El Sr. Alonso Sañudo recordó, que en su discurso de la última sesión, había hecho de la Cirugía todo el aprecio que merecía, consignando que á ella se debía toda la historia de la *apendicitis* y otros importantes servicios.

El Sr. Espina insistió en que los dos casos que había presentado, de cavernas pulmonares, estaban curados, y no podían ofrecer síntoma alguno; que sin germen no hay tuberculosis, figurando en segundo término el terreno orgánico favorable; que personas atléticas han padecido la enfermedad, cuando han sido atacadas por el bacilo de Koch; que el principio es siempre local; que el aire, la luz, la alimentación conveniente y el cinamato de sosa constituyen los medios terapéuticos de que se vale, renegando de otros modificadores, sobre todo farmacológicos, que empeoran á los enfermos y perturban su aparato digestivo; que la luz es el gran modificador del bacilo, siendo muy perjudicial la obscuridad, y que las alturas obran

principalmente por la intensidad de la luz, que en tales sitios actúa.

El Sr. Gutiérrez admitió la herencia en la génesis de la tuberculosis; citó los experimentos de Petersen, para probar que, aunque el aire contenga bacilos tuberculosos, sólo contrae la enfermedad un animal de cada diez sometidos á dicha experimentación; y que una cosa análoga se observa en los hospitales y salas de tuberculosos, puesto que la generalidad de los enfermeros y otros dependientes no contraen el padecimiento en cuestión, á pesar de estar durante muchos años al cuidado de los fímicos.

Sostuvo que la tuberculosis del útero y de las trompas puede ser local, y curarse con laparotomía y extirpación; citó dos casos de la primera localización y tres de la segunda, en que practicó dichas operaciones, alcanzando un éxito enteramente satisfactorio, puesto que los enfermos recobraron salud y fuerzas; que lo mismo ocurre en algunas tuberculosis secundarias de dichos órganos; que las de la matriz se han manifestado solamente por hemorragias, siendo ineficaz el legrado; y que, en general, las tuberculosis primitivas, y aun las secundarias del aparato genital de la mujer, se mejoran ó se curan con los procedimientos quirúrgicos.

El Sr. Codina aseguró que las cavernas del pulmón ofrecen síntomas, que no refirió una de las enfermas presentadas por el Sr. Espina; que después de la cicatrización de tales cavidades, queda sonido macizo y falta de murmullo respiratorio; que el bacilo tuberculoso es ineficaz para el desarrollo de la enfermedad, si el terreno es desfavorable, como ocurre generalmente, por fortuna de la humanidad; que hay individuos que nunca se hacen tuberculosos, aunque respiren aire cargado de bacilos, y que existe mucha obscuridad ó desconocimiento de las condiciones favorables del terreno tuberculoso.

El Sr. Ribera dijo: que había practicado 78 resecciones de rodilla por tuberculosis localizada, logrando resultados muy satisfactorios; no ocurriendo lo mismo con las de cadera, por la mayor dificultad de separar todos los tejidos afectos; que si las artrectomías recidivan, es porque han quedado producciones

tuberculosas; y que las locales ó localizadas deben tratarse con procedimientos quirúrgicos, cuando es posible, puesto que así se alcanzan éxitos brillantes y duraderos.

El Sr. San Martín, á excitación del Sr. Ribera, manifestó que, en su opinión, la amputación de los miembros no constituía tratamiento quirúrgico de las tuberculosis que en los mismos se localizan.

Transcurrido el tiempo reglamentario, se levantó la sesión.

IX

SESIÓN DEL 13 DE JUNIO DE 1903

Leída y aprobada el acta de la anterior, se dió cuenta de los impresos recibidos.

El Secretario que suscribe leyó la siguiente nota clínica:

«Durante la constitución médica catarral-reumática, ó *pequeña epidemia de grippe,* que ha reinado en esta Corte durante las estaciones de invierno y primavera del año corriente, han debido llamar la atención de los prácticos las frecuentes manifestaciones de la enfermedad en el aparato urinario, con distintas formas morbosas, que ya han constituído los fenómenos predominantes del proceso morboso, ya se han unido á localizaciones cardiacas, cerebrales, bronco-pulmonares ó del aparato digestivo.

Entre los casos más notables que he tenido ocasión de observar en dichas estaciones, voy á dar cuenta á la Academia de uno de los más dignos de su atención, no sólo por la manera imponente con que se inició el padecimiento, sino por las localizaciones urinarias que muy luego se presentaron; y, además, porque es testimonio elocuente de la frecuencia con que recidivan tales estados morbosos, ofreciendo una nueva fase de la infección gripal, de terminación funesta en gran número de casos.

Mi observación se refiere á un caballero de setenta y cuatro años de edad, de distinguida posición social, muy apasionado

por el ejercicio á caballo, con algunas manifestaciones de arterio-esclerosis, á pesar de lo cual disfrutaba de aparente buena salud; ofreciendo, entre sus antecedentes patológicos, tan sólo el de haber padecido una pulmonía, hacía unos cuarenta años.

A mediados de Enero último, con tiempo frío y seco, y temperaturas mínimas de —4 y —5°, levantóse un día con diarrea, flojedad y menos apetito del ordinario. A pesar de ello, dió su acostumbrado paseo á caballo, de nueve á doce de la mañana, sintiendo frío durante todo ese tiempo, y mareos al bajarse del caballo y subir la escalera de su casa.

Poco tiempo después, y hallándose en el retrete, perdió el conocimiento, siendo trasladado á la cama, donde le observé por vez primera. Los latidos cardiacos eran débiles y profundos; había ligera fiebre; los vahidos se repetían con frecuencia, sobreviniendo una lipotimia de tan larga duración, que temí un término funesto en plazo brevísimo.

Después del empleo de revulsivos y estimulantes cutáneos, y de inyecciones hipodérmicas de éter y aceite alcanforado, el enfermo recobró el conocimiento; observándose en él, como síntomas más notables, 80 pulsaciones por minuto y 37°,7 de temperatura, lengua muy seca y ligeramente saburrosa, sed intensa, vómitos y diarrea, mareos é hipo muy molesto, falta de fuerzas é insomnio. Hacía ocho horas que no había orinado, y en la región hipogástrica no se observaba abultamiento alguno, dando la percusión un sonido enteramente claro, como si la vejiga urinaria no contuviera líquido alguno.

Durante sesenta horas se observaron los síntomas expuestos, y especialmente la falta de secreción y de excreción de orina, vómitos frecuentes y diarrea; las temperaturas variables entre 37,5 y 37°,8; el pulso, con 80 á 90 latidos por minuto; lengua seca; sed intensa, hipo frecuente, tendencia á mareos, abatimiento de fuerzas, insomnio y debilidad de las contracciones cardiacas. La dieta láctea, diaforéticos y diuréticos suaves, agua mineral alcalina, inyecciones hipodérmicas de citrato de cafeina y de suero artificial, teobromina y digital, hielo, nefrina y otros modificadores que creí indicados, no lograron variación alguna favorable en el síndrome referido; llamando especial-

mente la atención la anuria y los síntomas urémicos del aparato digestivo, que se destacaban como los culminantes.

Prescrito un baño general, de 35° de temperatura y media hora de duración, se logró á las seis horas el restablecimiento de la excreción urinaria, y la cesación de los vómitos y de los mareos. Ensayada la orina, sólo ofreció una ligera opalinidad, como consecuencia de una corta cantidad de albúmina que contenía.

El enfermo siguió hasta el undécimo día de su enfermedad con fiebre, de tipo irregular, oscilando la temperatura entre 36,5 y 38°, y con pulso entre 80 y 100 pulsaciones; lengua seca y sed insaciable; poliuria y polarquiuria, no presentando la orina, ensayada en diferentes días, alteraciones patológicas; el hipo era frecuente; el insomnio constante, y no se repitieron los vómitos ni la diarrea. En algunos días, el enfermo se vió aquejado de tos, con expectoración blanquecina y tendencia á paresia pulmonar; y también se observó una neuralgia intercostal izquierda, que duró dos días. Se insistió en la dieta láctea, añadiendo sopicaldos y huevos pasados por agua; y se administraron preparados de quinina, vino de quina, citrato de cafeina, digital, urotropina y otros modificadores, según las fases ó accidentes que la enfermedad iba presentando en su evolución atáxica.

Cesó la fiebre á los once días, y el enfermo entró en convalecencia, durante la cual empleé una alimentación reparadora, aguas minero-medicinales alcalinas y carbónicas, preparados quínicos, arsenicales, tónicos y reconstituyentes, y ejercicio conveniente, cuando el estado de fuerzas lo permitía.

Parecía alcanzado el restablecimiento del paciente, que comía, dormía, salía de su casa y se encontraba, según él, en condiciones normales, aunque con menos fuerzas de las acostumbradas, y habiendo perdido seis kilos de peso, cuando á los treinta días próximamente del principio de su enfermedad, y diez y nueve de convalecencia, sin otro motivo ostensible que el de haberse enfriado en una iglesia, al oir una misa rezada, volvió á sentir mareos, insomnio, ligera fiebre, disminución de apetito y decaimiento de fuerzas.

La fiebre adoptó, en esta segunda etapa, el mismo tipo irregular que en la primera; y á los dos días de la recidiva se presentó una neuralgia intercostal del lado derecho, con los síntomas propios de la variedad de neumonía llamada *notha*, tendencia marcada á la paresia bronco-pulmonar y temperaturas superiores á 39°.

Cuantos modificadores se emplearon para combatir el estado general y local, y que reconocieron como base las medicaciones tónica, estimulante y revulsiva, por la boca y en inyecciones hipodérmicas, resultaron ineficaces; y el enfermo sucumbió á los cinco días del principio de la recidiva, por los progresos de la afección pulmonar, y sin que se observaran síntomas de localización cerebral, cardiaca ó renal.

Tal es, expuesto con el menor número de palabras que me ha sido posible, el caso práctico que me he propuesto someter al elevado juicio de la Academia.

Parecióme siempre que se trataba de una afección febril de índole gripal, debida á las condiciones meteorológicas reinantes, que se inició con profunda perturbación del centro cardiaco y del aparato renal, con asistolia, vahídos, lipotimias, anuria y uremia, explicables, además de la causa infecciosa, por las lesiones propias de la vejez, y especialmente por la arterio-esclerosis, que de una manera callada y latente va alterando la textura normal de órganos tan necesarios para la vida, como el corazón y los riñones. La presión sanguínea disminuyó notablemente por la debilitación de la energía cardiaca, y el aparato urinario fué afectado de espasmo; suspendiéndose la eliminación de los principios, especialmente nitrogenados, que salen normalmente por la orina.

Es digno de anotarse el efecto beneficioso, que el baño general caliente produjo en nuestro enfermo, pues á su acción atribuí principalmente el restablecimiento de la función urinaria, suspendida durante dos días y medio, y la desaparición de los síntomas urémicos del aparato digestivo, sed, lengua seca, vómitos y diarrea.

La anuria y la uremia fueron reemplazadas por poliuria y polatriuria, no habiendo hallado elementos morbosos en la ori-

na, como albúmina ó glucosa, el perito químico que hizo el ensayo de dicho líquido, y de cuya competencia yo no podía dudar.

La fiebre ofreció los caracteres propios de los estados gripales: fué de tipo periódico irregular en toda la duración del padecimiento, así en su primera como en su segunda etapa. La temperatura no pasó de 38° en el primer período, llegando á 39 y á más cuando se desarrolló la flegmasía pulmonar, que produjo la muerte.

La observación expuesta es una prueba de la frecuencia y facilidad con que recidivan las infecciones gripales, sobre todo en personas de edad avanzada, adoptando la forma febril, de tipo accesional, ó la de bronco-neumonía, de neumonía *notha* ó de meningo-encefalitis; ocasionando así la muerte de muchos enfermos, que racionalmente debía considerárseles como salvados de un primer ataque.

De aquí la necesidad de atender cuidadosamente la convalecencia de la *grippe*, tan lenta y laboriosa por lo común, y tan ocasionada á graves recidivas. Los preceptos de la Higiene deberán observarse con rigor; será necesario en muchos casos insistir en los modificadores farmacológicos, y el cambio de clima y de localidad se impondrá á veces, como el mejor recurso de que podamos disponer para la curación de nuestros enfermos.

La Academia apreciará, con su elevado criterio, la influencia científica que deba concederse á la observación y á los juicios que he tenido el honor de exponer. Por mi parte, le considero como de verdadero interés, por lo mismo que se trata de uno de los estados morbosos que diariamente observamos, los que consagramos nuestra vida á la penosa práctica general de la Medicina, creyendo que puede discutirse desde numerosos puntos de vista, á cual más fecundos, para llenar los nobles fines, que constituyen nuestros ideales.

La génesis de la enfermedad, sus causas próximas y remotas, individuales, meteorológicas ó de otra índole; su fisiología patológica; la relación de la anuria con los síntomas del aparato digestivo, que he considerado como urémicos, y que pueden

explicarse por la falta de eliminación de los principios, que normalmente salen del organismo por la orina; el diagnóstico, el pronóstico, la terapéutica y la profilaxis de la enfermedad en cuestión: ¡cuántas claridades y cuántas tinieblas encierran! ¡cuántos problemas resueltos y cuántas incógnitas por reconocer!

La Academia resolverá si debe discurrir ahora sobre tan interesantes cuestiones, ó aplazarlo para ocasión más oportuna.»

Seguidamente el Sr. Compaired, Corresponsal, hizo después uso de la palabra para exponer una operación de *osteoma ebúrneo simétrico de las fosas nasales y senos maxilares*, que ha practicado en un hombre de treinta y ocho años de edad, natural de esta Corte, que á los once años sufrió un traumatismo en la región nasal, seguido de abultamiento, que ha aumentado lentamente, teniendo á los diez y ocho años el volumen de un garbanzo, á los veinticinco el de una avellana grande y á los veintisiete el de un huevo de paloma; habiéndose sometido en esta edad á siete cauterizaciones galbano-cáusticas, seguidas de una *erisipela* facial, que comprometió la vida del paciente.

Añadió, que el día 12 de Diciembre último se le presentó el enfermo en la consulta del Refugio de esta córte, observándose dos abultamientos perfectamente simétricos, situados en la región nasal, que llenaban las fosas del mismo nombre, se extendían á los senos maxilares y á la cavidad naso-faríngea; impedían la respiración nasal en absoluto, y obligaban al enfermo á respirar por la boca, con sequedad en las mucosas correspondientes y disnea. La piel tenía aspecto normal, no había dolor á la presión, y los abultamientos ofrecían la dureza pétrea, propia de los *osteomas ebúrneos;* adquiriéndose la seguridad, con la iluminación por transparencia, de que los tumores se extendían á los senos maxilares.

El Sr. Compaired se decidió á operar por las fosas nasales, empezando por la izquierda, y empleando diversas sesiones, en los días 29 de Enero y 8 de Febrero, con anestesia por la cocaina y adrenalina, incisiones profundas y empleo de perforadores, fresas, sierra y gubia para atacar la neoplasia ósea, rellenando la cavidad operatoria con gasa antiséptica.

El 29 de Febrero y el 5 de Marzo realizó las mismas prácticas en el lado derecho: llegó al periostio; atacó al osteoma de abajo arriba hasta el hueso sano y cavidad naso-faríngea; limpió la parte correspondiente al etmoides y cornete medio; rellenó de gasa la cavidad resultante, y al día siguiente se presentó fiebre y erisipela, que se combatió con los modificadores apropiados. La operación se terminó el 9 del pasado mes de Mayo, habiendo separado 31 gramos de osteoma ebúrneo, en diferentes trozos, en el lado izquierdo, y 37 en el derecho, que fueron examinados por el Dr. Ramón y Cajal.

El Sr. Compaired terminó manifestando: que el operado se encuentra perfectamente, y respira por la nariz; que se ha tratado de verdaderos osteomas; que la cuestión etiológica es siempre difícil y obscura, no descubriéndose en el caso presente más que el traumatismo de la niñez; y que la enfermedad es rara, sobre todo de los osteomas *simétricos*, no habiéndose publicado recientemente sino tres casos, que eran más pequeños.

Los señores Académicos examinaron al operado, así como las *osteo-fotografías* de los neoplasmas, presentadas por el Sr. Compaired.

A continuación habló

El Sr. Tolosa. Consideró de gran interés el caso expuesto en esta sesión por el infrascrito Secretario, manifestando que había observado hechos análogos durante las dos estaciones últimas, en niños de dos, tres y cuatro años, los cuales, después de un enfriamiento más ó menos ostensible, presentaron vómitos incoercibles, lengua seca, insomnio, apirexia y anuria, durando la enfermedad de cinco días hasta dos septenarios; habiéndose combatido con diaforéticos, preparados de quinina y baños generales templados; y convenciéndose de que se había tratado de formas extrañas de *grippe*, que no dejaron de observarse en esta Corte, y que exigen mucho estudio y prudencia para su tratamiento; debiendo emplear la antipirina en cortas dosis, para no favorecer ó aumentar los colapsos cardiacos, que son manifestaciones de la *grippe*, sobre todo en determinadas constituciones médicas.

Hablando después de la *tuberculosis*, y especialmente de la de

los niños, afirmó que en la época actual se prescinde por muchos del organismo, no admitiendo la enfermedad sin la presencia del bacilo de Koch; admitió la teoría celular y la herencia de la tuberculosis, que si á veces se presenta en la primera época de la vida, en otras no se observa hasta cierta edad, heredándose el pecho estrecho, los ganglios infartados y la constitución escrofulosa; y consideró la pérdida del cloruro de sodio como una de las expresiones de la escrófula.

Añadió el Sr. Tolosa, que Hipócrates conoció y describió la tuberculosis, empleando para su tratamiento el aire, las aguas y los lugares; que, en su sentir, muchos descubrimientos de los tiempos modernos eran ya conocidos de los antiguos; y que debe regularse el empleo de los sueros orgánicos, que hoy puede estimarse como abusivo en muchos casos; estando demostrado que el antidiftérico no tiene acción profiláctica, y que siempre hay que contar con las defensas del organismo por las energías del sistema nervioso.

Trató de los *Sanatorios*, de los cuales creyó que se abusa en la actualidad, pues no son bastantes la quietud, el aire y la sobre-alimentación para combatir la tuberculosis; defendiendo la excelencia y los beneficios de los *Sanatorios marítimos* en la terapéutica de la tuberculosis de los niños, y citando observaciones recogidas en el de Chipiona, de que es fundador, y especialmente la referente á un niño de ocho años, hijo de padres muertos por tuberculosis, y que habiendo ingresado en el establecimiento con manifestaciones de dicho estado morboso, salió de él con aumento de peso, las rodillas en estado normal, mientras que antes estaban doloridas, y su estado general satisfactorio. También dió cuenta de una familia que había perdido tres hijos por tuberculosis, y ha logrado conservar los demás desde que vive á orillas del mar.

Terminado el discurso del Sr. Tolosa, y transcurrido el tiempo reglamentario, se levantó la sesión.

X

SESIÓN DEL 20 DE JUNIO DE 1903

Se abrió á la hora señalada, y leída el acta de la anterior, fué aprobada, dándose cuenta de las obras recibidas.

A continuación leyó el Secretario que suscribe el siguiente trabajo, de los Dres. Bernheim y Roblot, de París, sobre «La lucha contra la tuberculosis en y por la escuela:»

«De paso por Madrid, considero un deber de confraternidad venir á saludaros, presentándoos como homenaje un trabajo científico, en señal de agradecimiento por el gran honor que me habéis hecho, al nombrarme individuo de vuestra docta Corporación. Empiezo por dejar en vuestra mesa dos ejemplares de mi nueva y más reciente obra, en un tomo, que he escrito sobre la tuberculosis, y os leeré en seguida un estudio que he preparado en colaboración con uno de mis discípulos, el Dr. Roblot, sobre *La lucha antituberculosa en y por la escuela.*

Un filósofo contemporáneo ha dicho: «En lo porvenir las naciones valdrán lo que valgan los maestros de instrucción primaria.»

Sin duda hablaba desde el punto de vista moral. Y considerado así este pensamiento, expresa una grandísima verdad. Parécenos que, sin deformarlo, se le puede completar, y que sería verdad también el decir desde el punto de vista físico: «Los pueblos de mañana, en vigor, salud, valor étnico y potencia vital valdrán lo que de ellos hagan los maestros de escuela.» Pues el maestro de la infancia no debe limitar su acción, según el antiguo concepto algo estrecho de la enseñanza, á formar sólo inteligencias, que está encargado de desarrollar.

La lucha antituberculosa en y por la escuela,
por los Dres. Samuel Bernheim y A. Roblot, de París.

Desde que funciona el Dispensario antituberculoso de la Enseñanza primaria del Departamento del Sena, los autores han observado un grandísimo número de casos de tuberculosis en

los maestros de escuela. Los niños parisienses que frecuentan las escuelas ofrecen, en una proporción todavía mayor, manifestaciones variadas de bacilosis. Por esto se impone y es urgente la cuestión de vigilancia médica en nuestras escuelas.

Hay que alejar de la escuela á los maestros tísicos, pero conservándoles el sueldo íntegro, para permitirles cuidarse y curarse. Se hace preciso también descubrir todas las formas de tuberculosis infantil por medio de un reconocimiento mensual ó trimestral, y cerrar las aulas á todo niño atacado. Aquéllos en que se sospeche una infección, serán aislados de sus compañeros y puestos en observación.

La higiene y la desinfección repetida de las escuelas deben ser atendidas de una manera particular.

El programa escolar debería estar menos recargado, y ser más largos los recreos. Todos los niños endebles que ofrezcan una predisposición especial para la tuberculosis, deberán pasar cada año dos ó tres meses en el campo, en una colonia escolar.

La enseñanza de la higiene, sobre todo con carácter práctico, debe formar parte del programa. El niño no olvidará ya nunca lo que haya aprendido en su tierna edad, y más tarde aplicará fácilmente todas las medidas de limpieza, que se le hayan enseñado como su primer evangelio.

* * *

Al lado de la misión *instructiva*, los programas modernos, atentos en eso á las necesidades de la nueva sociedad y de una democracia, que se esfuerza por hacer producir á las fuerzas vivas que encierra el máximum de rendimiento, han colocado sabiamente la misión de *Educador*.

El maestro no es, pues, solamente el instructor encargado de moldear las jóvenes inteligencias, en las cuales deposita los conocimientos señalados en los programas de los diversos grados de la enseñanza. Es también el educador, que tiene por misión desenvolver armónicamente, al lado del entendimiento, y paralelamente con él, las facultades nacientes de la infancia: se esfuerza por dar firmeza á la voluntad, por despertar ó re-

frenar, según los casos, y por dirigir siempre la imaginación abierta á todas las influencias, y solicitada por las emociones y las sensaciones más variadas, por elevar el corazón, y por hacer, en una palabra, que las potencias que constituyen la personalidad humana, y que crearán, al desarrollarse, un carácter, reciban, bajo el impulso de una instrucción y de una educación bien comprendidas, su completo desarrollo.

Pero para que este programa de enseñanza y este nuevo concepto del educador se realicen, si ha habido que renunciar á las ideas que dominaban en la Universidad durante la primera parte del siglo último, ¿es esto decir que nuestros modernos educadores han hecho en realidad una obra nueva, y creado los recientes programas? Sin quererles escatimar méritos, es lícito pensar que fueron renovadores más bien que innovadores, y que vuelven á rehabilitar las concepciones filosóficas de los antiguos sobre la instrucción y la educación de la juventud.

Mens sana in corpore sano.—La pedagogía de los antiguos, ¿no se encerraba acaso en este adagio: *Mens sana in corpore sano,* y no atendían á la salud física con igual cuidado que á la salud moral y al desarrollo intelectual? ¿Habrá necesidad de recordar la estima en que los griegos tenían á los atletas, y los honores iguales á los que rendían á los poetas y á los sabios, que reservaban para los vencedores de los juegos olímpicos? Rendían tal culto al cuerpo, pudiéramos decir al biceps, que toda su escultura no es más que un canto de triunfo en honor de las formas plásticas, y como la epopeya marmórea de la belleza humana. Desdeñaban las formas débiles, en que ciertas artes de decadencia se complacen. Preconizaban los méritos del vigor; enaltecían á los héroes célebres por sus proezas gigantescas, y encontraban en el espectáculo de la belleza física, de la belleza griega, el sentimiento de su poderío y el orgullo reconfortante de su raza.

Así, pues, cuando concedemos en la educación de la juventud igual parte á los ejercicios intelectuales y á los cuidados del cuerpo, no hacemos otra cosa que volver á las tradiciones de los antiguos pedagogos, y reanudamos, tras largos siglos

de errores, las sanas tradiciones de los programas antiguos.

Causas de la frecuencia de la tuberculosis en la sociedad moderna.—Y nunca fué más apremiante la necesidad que lo es en nuestra sociedad moderna, la cual se ve diezmada por un azote, que hacía ya estragos en tiempo de Hipócrates, y que hasta se atrevían á llamarle por su nombre, *la tisis*, es decir, que la enfermedad de languidez, de consunción por excelencia, era ya conocida y descrita. Pero no parece haber tenido, á los ojos de los antiguos médicos, la preponderante importancia que ha tomado en nuestros días. Y es que probablemente, y todo induce á creerlo así, era entonces menos frecuente; la devastación por ella causada era menos terrible; y sin atribuir todo el mérito de semejante hecho á aquel antiguo concepto de la educación física, tan á propósito para contrarrestar en una raza los progresos de una enfermedad de generación, hay que reconocer que las condiciones de la vida no eran entonces lo que son ahora: no se conocía todavía la aglomeración de las grandes ciudades, la locura de la lucha por la vida *(strugle for life)*, la deprimente tensión de los nervios, el excesivo recargo de los programas de enseñanza, la impaciencia de vivir y de gozar, la intensidad de los cambios y de los tráficos, la facilidad de los transportes, la multiplicidad de las vías de comunicación, la rapidez de los medios de locomoción, y estos estragos modernos del alcoholismo y de la sifilis, que han dado por resultado el enervamiento de la resistencia del individuo, preparando su quiebra ante la invasión microbiana, y multiplicando las probabilidades del contagio.

Somos, pues, más víctimas que los antiguos, y ya es tiempo de que nos defendamos tan bien como ellos.

La parte de la sociedad que hay que proteger primero es la infancia.—¿No debería ejercitarse esta defensa *ab-ovo*, es decir, en las capas jóvenes de la raza, y respecto del niño en primer lugar?

Hay en ello una verdad, que no necesita demostración, por ser la evidencia misma. Ya que no se tiene (y aun cuando se tuviera sería lo mismo) el remedio salvador que cure seguramente la enfermedad confirmada, ¿no debe la profilaxis, en las

preocupaciones de la defensa social, como en el orden natural, anticiparse á la terapéutica, tendiendo á hacer ésta inútil?

¿A quién se protegerá contra el azote que diezma la raza, si no se protege ante todo á la infancia, que es la esperanza de esta misma raza, y depositaria latente de sus fuerzas vivas? Se repite diariamente, «más vale prevenir que curar,» y, sin embargo, durante mucho tiempo nadie se ha cuidado de conformar su conducta con este sabio consejo.

Hoy, aunque tarde (y es también la sabiduría de las naciones la que lo proclama: «más vale tarde que nunca»), todo el mundo parece querer entrar en la lucha práctica contra la tuberculosis: poderes públicos, iniciativas privadas, grandes ó pequeñas agrupaciones, colectividades de todo género, corporaciones profesionales y sindicatos, todos los que tienen cargo de almas y el deber de proteger individualidades, reunidas en familia para la defensa de intereses comunes, se esfuerzan en practicar la profilaxis antituberculosa.

Sin duda, el movimiento no ha hecho más que iniciarse; pero por incipiente que sea el impulso, es demasiado universal, y parece muy bien dado para no entrever en plazo breve, á través de sus esfuerzos, la meta á que aspira.

Sin embargo, en este concurso de esfuerzos, en este concierto de buenas voluntades, que es como la universal conspiración contra el enemigo universal, quisiéramos que se concediera una parte más amplia á la lucha antituberculosa en la infancia, y que esta lucha se sostuviese sin tregua, y estuviera metódicamente organizada, sobre todo en y por la escuela.

Iniciativa de los poderes públicos.—Hay que reconocer que el Ministro de Instrucción pública, en Francia, acaba de dar, en lo que se refiere á la higiene escolar, un gran paso en esta protección de la infancia.

Una Comisión, creada en el citado Ministerio, con el fin de estudiar las medidas que hubiera que tomar, para evitar el contagio de la tuberculosis en los establecimientos públicos de enseñanza, ha emitido dictamen, que ha dado por resultado una decisión y una circular del Ministerio.

El Ministro, de conformidad con el parecer de la Comisión, ha decretado lo siguiente:

1.° En todos los establecimientos de internos, ya primarios, ya de segunda enseñanza, cada alumno tendrá una hoja sanitaria, que mencionará su peso, su estatura y su perímetro torácico. Las indicaciones en dicha hoja se harán cada tres meses, á fecha fija.

Estas hojas serán llevadas al día, y conservadas por el médico del establecimiento.

2.° Un cartel, con las prescripciones relativas á la higiene individual y á la salubridad de los locales escolares, deberá fijarse en las clases, estudios y lugares de reunión de todos los establecimientos públicos de enseñanza.

3.° Las medidas propuestas por la Comisión serán aplicadas á todos los establecimientos escolares públicos.

En virtud de esta decisión, M. Chaumié, Ministro de Instrucción pública, acaba de dirigir á los Rectores de Academias (Universidades) una circular, referente á la profilaxis de la tuberculosis en las escuelas.

Esta circular contiene un conjunto de medidas, en su mayoría excelentes, y que tienen por objeto:

1.° Las unas, asegurar al organismo, por la salubridad del medio ambiente y por una buena higiene individual, la fuerza que le permita resistir los embates, siempre posibles, del bacilo.

2.° Las otras, evitar los riesgos de contagio, no solamente con la observancia rigurosa de las reglas de la salubridad doméstica y de la higiene individual, sino también con el alejamiento de los enfermos atacados de infecciones contagiosas de tuberculosis.

La instrucción ministerial considera, pues, á la par la simiente y el terreno, y se inspira así en los dos aspectos del problema de la defensa antituberculosa.

No dudamos que esta circular bien aplicada, en su espíritu más todavía que en su letra, é interpretada por un personal docente, que tenga nociones precisas de higiene y de profilaxis antibacilar, producirá muy buenos efectos.

Desgraciadamente, ya sabemos que en Francia «del dicho al

hecho hay gran trecho,» como lo hay de una instrucción ministerial á su aplicación.

Existen muchas excelentes circulares, que honran á sus autores, reflejando las mejores intenciones; pero han sido letra muerta.

Y es que una vez más la suerte de ellas prueba, que no se puede hacer nada práctico sin la colaboración del espíritu público; que la opinión no acepta sino aquellas reformas á las que está preparada, y que es necesario en materia política que la educación de las costumbres preceda y suscite la legislación.

A lo que hay que aplicarse, pues, sobre todo es á la difusión de las nociones de higiene en el Cuerpo docente. Y se puede esperar que al enseñar esas nociones, al seguir los programas que prescriben su necesidad en los diversos planes de estudios, los maestros mismos aprendan y aplican aquello que están encargados de demostrar.

En este sentido hay que aplaudir sin reservas las instrucciones ministeriales que, como ésta, expresan excelentes ideas é imponen muy loables medidas. El ejemplo, para que sea seguido, ha de venir desde arriba, y no seremos nosotros los que discutamos la utilidad de semejantes circulares, sabiendo, como sabemos, lo que Inglaterra debe á su excelente legislación sanitaria.

Sólo hay que esforzarse por aplicarlas, y hacer á la vez más fácil y más rigurosa su aplicación.

Frecuencia de la tuberculosis en la escuela.—La oportunidad de la defensa antituberculosa en los establecimientos escolares salta á la vista de todos.

Harto frecuente es la tuberculosis en la escuela, en el liceo, en el convento, en todos los establecimientos de instrucción primaria, segunda enseñanza ó enseñanza superior. Frecuente, á la vez, en los maestros (cosa harto sabida) y en los alumnos (cosa que quizá no se sabe bastante).

¿Y cómo ha de ser de otro modo, si todo en la actualidad prepara en la escuela el camino á la tuberculosis?

Primero, la deficiencia de los locales desde el punto de vista de las reglas de higiene.

Ciertamente que Francia, de un cuarto de siglo á esta parte, ha hecho mucho por la enseñanza, en particular por la instrucción primaria. La escuela, sus maestros, su personal, el liceo, la segunda enseñanza, la enseñanza superior han recibido más extensión, se han divulgado y mejorado en proporciones que imponen respeto por tan prodigiosos esfuerzos. Las escuelas se han multiplicado: sólo las más recientes manifiestan un justo cuidado de las reglas de una higiene, de una disposición arquitectónica en relación con los datos de la ciencia moderna. El arquitecto, en nuestros días, tiene que ser algo médico. Pasaron los tiempos en que una hermosa fachada cubría las faltas de una mala disposición del plan. Y la distribución interior, á la vez que atienda al *confort* y á la comodidad, que nuestros antepasados gustaban de hallar en sus habitaciones, debe atender también á las prescripciones de higiene y salubridad, que aquéllos desconocían.

Pero si en este orden de ideas se ha hecho mucho, desgraciadamente mucho queda aún por hacer: muchas escuelas están atestadas; disponen de insuficiente espacio para el personal y los niños que las frecuentan. Hay demasiadas clases con un volumen de aire insuficiente y que no permiten á los tiernos pulmones, tan vulnerables, respirar más que un aire viciado, cargado de miasmas, de polvo, de productos tóxicos. Este aire obra á modo de veneno, como lo atestigua el episodio de la revuelta de los Cipayos, conocida con el nombre de *El agujero negro.*

Los experimentos de Arsonval han probado de modo irrefutable, que «el aire que se respira tiene el poder, no de crear la tuberculosis, puesto que esta enfermedad es producida por un bacilo, pero sí de suministrar condiciones de tal suerte favorables al desarrollo de estos gérmenes, que la estancia en un medio envenenado por el aire espirado, sería tan eficaz como la misma inoculación para la formación de los tubérculos.»

La falta de luz solar, que se deja sentir demasiado en un gran número de establecimientos de instrucción, sobre todo de los grandes centros, es otra condición que favorece la población microbiana. Conocida es la acción destructora de los rayos so-

lares sobre el bacilo de Koch, y hace mucho tiempo lo había proclamado así un proverbio que dice: «Donde no penetra el sol, entra el médico.»

Las causas de insalubridad, debidas á los inmuebles mismos, no son las únicas que explican la frecuencia de la tuberculosis en la escuela. Hay que atribuirla también al contagio directo de los niños entre sí. Estamos reuniendo en este momento los elementos de una estadística, tocante á la frecuencia de la tuberculosis en el niño.

Sin prejuzgar las conclusiones matemáticas que las cifras nos permitirán sacar de nuestro trabajo, parécenos, sin embargo, no estar lejos de la verdad al declarar que un tercio, por lo menos, de los niños que pueblan nuestras escuelas, sobre todo las primarias, llevan manifestaciones de tuberculosis. Ciertamente que la tuberculosis pulmonar es poco frecuente en el niño, si bien es más frecuente de lo que admitía un optimismo ciegamente confiado, hasta que el profesor Landouzy ha rectificado ese error clínico. Sólo hay que decir que la localización pulmonar es menos frecuente que las otras manifestaciones tuberculosas en el niño: las adenitis bacilares, las tuberculosis óseas y articulares, tumores fríos, tuberculides, son moneda corriente en la infancia. Aun cuando todas estas manifestaciones de la escrofulosis atestiguan tuberculizaciones atenuadas, de contagio poco virulento, la gran receptividad de la infancia, no siempre compensada por el valor de sus reacciones defensivas, impondría el aislamiento de los contaminados ó sospechosos de tuberculosis.

Sin contar que, fuera de la escuela, estos predestinados viven casi siempre en un ambiente adecuado para continuar ejerciendo la influencia nefasta de la aglomeración escolar: es entonces la aglomeración de la familia, el hogar paterno con su ventilación insuficiente, casi sin sol en las grandes ciudades, con la miseria y las privaciones consiguientes, y hay que decirlo también, con el alcoholismo, el libertinaje, los vicios y los defectos orgánicos. Aquí, desgraciadamente, la influencia doméstica, lejos de corregir la influencia escolar, sanitariamente morbosa, es la prolongación y el complemento de ella. Esos pobres niños,

al dejar la atmósfera enrarecida de la clase ó la promiscuidad malsana de la escuela de párvulos, pasan á respirar el aire mefítico de un hogar, que es con harta frecuencia un zaquizami lleno de miseria y de vicios. ¿Cómo se quiere que se sustraigan á la bacilación, si el bacilo está en todos los sitios que ellos frecuentan, y si todas las condiciones concurren á hacerlo pulular en su débil organismo?

Hay aún más en materia de contagio escolar: al lado del contagio de los niños entre sí, hay el contagio que procede de los maestros. En efecto: ¿cuántas veces no son éstos las primeras víctimas de la tuberculosis? Puede decirse que en el Cuerpo docente, en todos los grados de la enseñanza primaria, secundaria ó superior la tuberculosis es una enfermedad profesional. Algo de eso se sospechaba, pero una prueba más tristemente convincente de lo que suponíamos, hemos adquirido personalmente cuando la *Obra de la tuberculosis humana* ha suscitado la Federación de todos los miembros de la enseñanza primaria del Sena en una *Unión antituberculosa*, título que explica bastante el fin que persigue.

Hemos abierto para todos los maestros y maestras de París y del departamento del Sena un Dispensario, al que acuden sus colegas para ser tratados. No esperábamos ver dicho Dispensario frecuentado, en el espacio de pocos días, por tan numerosa clientela. No creemos excedernos declarando, que lo menos la cuarta parte del personal docente son, no solamente pretuberculosos, sino tuberculosos confirmados, con lesiones abiertas, con expectoraciones bacilíferas. ¡Qué peligro tan grande constituyen esos maestros para los niños que les están confiados! Es inútil insistir.

Por último, como causa de tuberculización de origen escolar, hay lo que llamaremos los errores de la higiene en la escuela. Hemos hablado de la aglomeración en los locales; tenemos que señalar ahora el excesivo recargo de los programas, de los planes de estudios, que hace primero el cerebro de los niños ó de los adolescentes, y luego su organización entera, sucumba bajo el peso del cúmulo de conocimientos. La excesiva fatiga intelectual, el *surmenage*, no es una palabra vana. Todos los días

se notan sus perniciosos efectos en el niño. Y fué grande el error al pretender el descanso de las fatigas cerebrales, con el ardimiento intensivo, con los ejercicios corporales y las fatigas físicas. La teoría de la derivación conducía á un absurdo fisiológico: en realidad se agravaba un *surmenage* de cierto género con un *surmenage* de otro género. Los errores de la higiene en la escuela se hallan también en otra cosa: en la manera como se desinfectan, ó mejor dicho, no se desinfectan las salas de estudio, los dormitorios, los comedores.....; en la manera como se barren esas salas ó locales de gimnasia y los patios de recreo, barrido en seco casi en todas partes; la persistencia en una nefasta costumbre, que consiste en levantar polvo, en cambiarlo de sitio, en lugar del barrido húmedo antiséptico, que es el único racional y exento de peligros; insuficiencia de los medios de ventilación; nocivos medios de calefacción; estado rudimentario ó ausencia total de retretes, de salas de baños, etc., etc.

No es, pues, de extrañar que la escuela sea la tierra de promisión de las enfermedades contagiosas, sin contar que entre esas enfermedades contagiosas hay muchas, tales como la viruela, el sarampión, la tos ferina..... que preparan la germinación del tubérculo.

Medios de combatir la tuberculosis en la escuela.—Ya que tan frecuente es la tuberculosis en la escuela, y tan extendido su riesgo de contagio, ¿cómo la combatiremos en la escuela, y cuál habrá de ser la lucha antituberculosa escolar?

Para combatir la tuberculosis en la escuela, como hace observar muy acertadamente la circular de M. Chaumié, la profilaxis habrá de ser doble: sobre la *semilla* y sobre el *terreno*.

Y esta circular enumera una serie de medidas marcadas con el sello de la mejor higiene, á propósito de precauciones que se han de tomar, referentes al medio ambiente escolar, construcciones, mobiliario, libros, cuadernos, pizarras y lapiceros, el barrido, salas de estudio, comedores privados; y, por otra parte, al personal escolar: maestros, dependientes y alumnos.

Pero si evidentemente hay que combatir estas causas exteriores de contagio, ¿no es indiscutible también que hay que combatir con igual ardor el contagio de individuo á individuo?

Nuestro colega, el Dr. Gustavo Weill, ha señalado ya algunos de los principales cánones de la higiene escolar á este respecto:

1.° Proveer los establecimientos de escupideras prácticas, y enseñar á los alumnos y al personal á servirse de ellas.

2.° Crear para los Liceos Inspectores médicos, procedentes del Cuerpo médico, pues, cosa bastante extraña, la vigilancia de los Liceos no está confiada á los médicos á ellos afectos. Estos tienen, en efecto, una misión más bien curativa que paliativa, y no tienen ninguna autoridad en materia de higiene.

Añadiremos que estas medidas higiénicas debieran hacerse extensivas á todos los establecimientos de instrucción, é imponerse la visita médica regular y sistemática de los niños y los maestros; los cuales, todos los trimestres habrían de ser reconocidos local y generalmente, á fin de sorprender los síntomas de una tuberculosis inicial.

La circular de M. Chaumié impone á todos los que pretenden colocación en un establecimiento de instrucción, en cualquier concepto, un reconocimiento médico. «Cuando la tuberculosis aparezca en el maestro, dice el Ministro, convendrá declararle excedente, con sueldo, sometido á la retención durante el tiempo necesario para su curación.....» Sólo quisiéramos que se le siguiera abonando á esta víctima del deber profesional su sueldo íntegro, durante todo el tiempo de su cura, y que se le pudiera cuidar, á expensas del Estado, en un establecimiento especial, en un Sanatorio que estuviera reservado exclusivamente á los tuberculosos de la enseñanza.

Verdad es que la circular habla de la necesidad de reconocimiento médico, impuesto á los maestros, á los dependientes, de la hoja sanitaria que debe ser unida al expediente de cada alumno. Pero tiene la falta de no imponer la repetición regular de esos reconocimientos, de no crear la visita médica periódica, y de dejar á los maestros, es decir, á personas incompetentes, el cuidado de señalar los niños sospechosos á la autoridad superior, ó sea al Inspector de primera enseñanza en las escuelas primarias. Esto es cambiar las responsabilidades y hacer una confusión de poderes; no es misión del maestro auscultar á sus

alumnos que tosen, reconocerles la garganta, diagnosticar la naturaleza de las ulceraciones cutáneas, que puedan tener: esto es asunto del médico. A cada uno su oficio y su deber.

El médico debe ocupar el primer lugar. Establecer una visita médica regular de los maestros, dependientes y alumnos: he ahí lo que habría que imponer.

Así como se aislan los niños atacados de tiña ó de una afección contagiosa cualquiera, del mismo modo se alejará de la escuela á los niños tuberculosos, y eso en su propio interés, y, sobre todo, para preservar á sus condiscípulos.

La lucha antituberculosa en la escuela.—Si tal ha de ser la lucha contra la tuberculosis en la escuela, hay una forma de combate, de profilaxis, sobre todo, no menos eficaz: es lo que llamaremos la lucha *por la escuela.*

El niño que haya adquirido en la escuela nociones, y, mejor aún, hábitos de higiene, los conserva siempre, y los practicará de una manera natural durante la vida: ¿no guarda la infancia profundo recuerdo de las impresiones y de las lecciones que recibe? Pues bien: la higiene moderna, que puede resumirse en un solo artículo, la limpieza, con múltiples aplicaciones, es, sobre todo, cuestión de hábito; como la costumbre es una segunda naturaleza: acostumbrar al niño á sujetarse á las reglas de la higiene, es asegurarse de que las aceptará naturalmente en su día.

La lucha contra la tuberculosis *por la escuela,* ha de ser la enseñanza popular de lo que es esta enfermedad, azote social; el conocimiento de sus causas, de los medios de evitarla, y de curarla cuando está declarada.

Pero así como hay una moral en acción, la más fecunda en el niño, á quien tan vivamente impresiona siempre el ejemplo, del mismo modo hay una higiene en acción, que sus maestros le enseñarán y le inculcarán con el ejemplo. Se le enseñará que no debe escupir nunca en el suelo ni en su pañuelo, sino, como indica la palabra, en una escupidera; que el aseo del cuerpo es un deber para consigo mismo, puesto que es dar una garantía indispensable á su salud; se le hará ver cómo debe limpiar los muebles, barrer la casa con serrín ó con un paño húmedo;

cómo debe limpiar los retretes, distribuir sus horas de trabajo y de descanso; defenderse contra el alcohol y sus peligrosas seducciones; saber no sucumbir á otras seducciones igualmente peligrosas, y que, como el alcohol, están al alcance de las más modestas posiciones.

Se enseñarán también al maestro cuáles son los primeros síntomas de la tuberculosis, á fin de que los sospeche con tiempo en sí mismo, en los niños ó en sus conciudadanos.

Las dos causas que, según el Dr. F. Bon, imprimen al medio ambiente escolar una importancia especialísima en la lucha antituberculosa, son las siguientes:

1.ª El medio ambiente escolar está compuesto de una población joven, débil, receptáculo favorito de los gérmenes infecciosos, que allí encuentran un maravilloso terreno de cultivo.

2.ª El medio ambiente escolar es el punto céntrico á donde convergen todos los grupos parciales. Por esto, parafraseando las palabras del poeta latino, no es solamente el mayor respeto lo que se debe á la infancia, *maxima debetur puero reverentia,* sino también la más eficaz protección contra el mal desde todas sus formas, y, en primer término, la enfermedad y el vicio.

Quisiéramos que se multiplicasen en los grandes centros, en esos Dispensarios que en ellos se crean con tan noble emulación, los servicios de consultas para niños, donde los padres cuidadosos de la salud de sus hijos pudieran en los días de vacación, hacerlos reconocer desde el punto de vista pulmonar y otras manifestaciones tuberculosas. Todos los Dispensarios parisienses de la *Obra de la tuberculosis humana* tienen esas consultas para niños. El éxito que han alcanzado entre el pueblo, explica bastante la necesidad á que responden; pero en el arsenal antituberculoso, el Dispensario no es el todo: hace falta también el Sanatorio, para cuidar y curar á los que son susceptibles de curación.

Esperamos que en breve se edificará un Sanatorio para los individuos de la enseñanza primaria del Departamento del Sena, reunidos en una Unión antituberculosa, que ya tiene su Dispensario parisiense.

Y para los niños endebles, para los pequeñuelos predispues-

tos ó predestinados, ya tenemos Sanatorios marítimos, establecimientos de Beneficencia marítima, en Berck, St.-Pol, Arcachon, Hendaya, como tenemos, para la higiene terapéutica y medicina preventiva, las Colonias rurales, las Colonias de vacaciones, las Colonias agrícolas.....

«En más de veinte establecimientos, escribe el profesor Landouzy, escalonados á lo largo del litoral, en las costas del mar del Norte, del mar de Esmeralda, del Atlántico, como del mar Azul, nuestra Beneficencia marítima, organizada mejor que en ningún otro país del mundo, dispone de 4.000 camas.»

Y ya que hemos recordado esta observación del profesor Landouzy, permítasenos terminar este trabajo sobre la lucha contra la tuberculosis por la escuela, con la opinión que aquel Doctor emitía no hace mucho, á propósito de este asunto: «En toda escuela de niñas, por medio de lecciones de economía doméstica, la niña debería aprender el aseo del cuerpo y la limpieza de la casa, para que desde la escuela misma adquiera hábitos que, al llegar á ser mujer, practique en provecho de su nueva familia. Cada vez que se instruye á una mujer, ¿no se funda una pequeña escuela?»

El Sr. Sánchez Rubio dió lectura á una comunicación, que dice así:

«*Lo que tienen de común todos los estados morbosos, con particularidad los crónicos.*—En tanto que la resistencia del organismo sea superior al ímpetu de las acciones enemigas de su normalidad, ésta no padecerá alteración alguna perceptible. Mas en caso contrario, y por obra de su inferioridad de fuerzas para luchar con ventaja, se quebrantará la salud del individuo: de modo pasajero, si la agresión le encuentra en la integridad de sus energías naturales, y no ha sido lo bastante poderosa para acabar con ellas. Mas si la economía, objeto del ataque, se halla por bajo del que llamaré *cero* de su energía fisiológica, entonces la perturbación de la vida no será transitoria, sino que tendrá por carácter la permanencia, como triste y lógica expresión de la especie de complicidad, que la desfallecida naturaleza de la víctima presta á sus consentidos enemigos.

Este *cero* de energía, á que me acabo de referir, corresponde

como mínimum á un máximum, entre cuyas extremas cifras—que varían para cada individuo, dentro de las asignadas por ley á cada especie—tienen lugar las ondulaciones normales de la existencia, necesitadas de toda aquella holgura, de toda aquella elasticidad indispensable para acomodarse á la incesante variación, con que actúan sobre ellas sus incansables modificadores.

Más abajo de ese cero fisiológico, en que acaba el poder normal del organismo, empieza una nueva división de la escala del *dinamómetro* de la vida: la división en que se marcan los grados de la astenia, de la *debilidad general de la naturaleza*, de aquel estado de miseria en que la existencia cede parte de sus derechos á la predisposición morbosa, ya que no al padecimiento terminante; llegando el período propio de los afectos crónicos, que tiene por máximum, en el dinamómetro vital imaginado, el mínimum fisiológico, y por mínimum aquel último grado de vida lindante con la muerte.

En apoyo y esclarecimiento de las ideas anteriores sobre el papel que la debilitación vital desempeña en el desarrollo y subsistencia de los estados patológicos, aportaré unos cuantos datos, no ya tan sólo procedentes de mi modesta observación y de mi humilde juicio, sino de clínicos y pensadores médicos, que han consignado sus ideas, á este respecto, en escritos más ó menos memorables, sobre muchos de los cuales fulgura la corona suprema de la inmortalidad.

¿Quién no ha observado la blefaritis de las mujeres *remamadas;* el eczema, impetiginoso ó no, y la otorrea ó la leucorrea de los infantes lactados *insuficientemente;* los desórdenes funcionales inmemorables del *vicioso,* del *triste* ó del que *abusa* de los trabajos intelectuales ó musculares? ¿Qué otra cosa que *debilidad radical* puede significar todo esto? ¿Y qué decir de los achaques sin cuento del glotón sedentario, en el que lo excesivo de los materiales alimenticios malgasta las fuerzas asimiladoras, y ocasiona la guerra entre los sobrados é imperfectos elementos reparadores, que no podrán dejar de ser huéspedes importunos allí donde se presenten, así por motivo de su cantidad como de su calidad viciosas, y exigir un verdadero derroche de las

fuerzas desasimiladoras al llegarlas el turno de eliminarlos de un organismo, en el que apenas si hicieron mejor cosa que estorbar? ¿Será expresión de robustez, ó lo será de rendimiento de las fuerzas vegetativas, la obesidad consiguiente á tanta imperfección funcional, de que resulta el almacenamiento subcutáneo, por lo menos, de los materiales abrumadores de las exiguas energías del último tiempo del movimiento nutritivo, de aquél en que ha de realizarse la transformación del último desecho de la vida celular?

¿Quién no ha tenido la ocasión de ver que la muchacha vigorosa, no advertida por nadie de la inminencia de su primera menstruación, es sorprendida y asustada tal vez por ésta, en medio de la más acabada paz orgánica, no turbada por el menor correo anunciador del gran suceso? Pero ¡ay, en cambio, de las adolescentes endebles! pues sobre ellas estallarán todas las tempestades propias de la indecisión vital del organismo: desde la simple clorosis al aparatoso baile de San Vito, á la lúgubre ambliopía, al bocio exoftálmico ó la tisis.

¿Y acaso hay médico que al ser consultado para combatir, v. gr., las consecuencias de un traumatismo del codo, y preguntar, antes de descubrir el sitio de la lesión, por la fecha en que ha tenido ésta lugar, juzgue indiferente oir contestar que hace cuatro días ó cuatro años? ¿Podrá confiar en la naturaleza del enfermo y el consiguiente restablecimiento de la normalidad, lo mismo en el un caso que en el otro? ¿Dejará de ver el segundo de ellos el concurso de una *mala complexión*, origen de una situación *crónica*, con todas sus consecuencias?

En el tomo II de la edición española del *Tratado de Terapéutica* de Penzoldt y Stintzing, se leen las siguientes frases: «La bandera del morfinismo crónico la lleva el órgano ó grupo de ellos, que es el *locus minoris resistentiæ* del enfermo, y que tiene, por lo tanto, más *tendencia á enfermar*.» Estos mismos autores dicen textualmente: «En la gota obran de modo nocivo todas las *influencias debilitantes*. El aire sano y puro es condición principal para los gotosos. Si en el curso de la gota se ha desarrollado una verdadera caquexia, es preciso muchas veces suspender todos los medios dirigidos contra la enfermedad fun-

damental, y tratar sólo de conseguir la *reconstitución del organismo.*» Y también añaden: «Las dermatosis, oftalmías y mucosismos escrofulosos, males de oídos y fosas nasales, reconocen por principal origen toda causa de *debilitación de los padres*, tales como raquitismo, diabetes, sífilis, leucemia, alcoholismo, mal de Basedow (bocio exoftálmico), período extremo de la vida genésica, mala alimentación, aire confinado, localidades húmedas, etc.»

El Dr. Araki, citado por los mismos Sres. Penzoldt y Stintzing, se expresa en los siguientes términos, por lo que hace á la etiología de la diabetes: «La *falta de oxígeno* suficiente para la respiración normal produce glicosuria con alteración general.» Estos mismos conocidos autores afean el olvido en que se tiene al «factor constitucional del escrofulismo»—según ellos denominan al efecto de las *causas debilitantes*,—ante la exclusiva participación que se ha querido dar á la acción de las bacterias.»

Hardy y Béhier (*Traité élémentaire de Pathologie interne:* París, 1844) dicen que *la constitución fuerte es la personificación de la salud;* siendo igualmente suyas las siguientes palabras: «Las principales causas del reúma crónico son la vejez, las estaciones frías, los climas fríos y húmedos, los sitios húmedos, enfriamientos—sobre todo estando sudando—y el cansancio excesivo: todas debilitantes.»

En su libro, *Irritación y locura*, dice Broussais, que «cuanto más *robustos* son los individuos, menos hay que temer en la locura; pero hay que temerlo todo en las personas *débiles.*»

En el *Ensayo sobre la Filosofía médica y generalidades de clínica médica*—obra no menos digna de estudio que la anterior,—se expresa Bouillaud en los términos siguientes: «Si un sujeto *fuerte* y sanguíneo que se halle sudando, se expone repentinamente á la impresión de un aire frío, podrá contraer una peri-neumonía ó una bronquitis *aguda simple;* y por el contrario, si una persona *macilenta*, linfática, de cutis fino, se somete á ligeras transiciones del calor al frío, podrá adquirir una bronquitis ó una perineumonía *lenta*, *sorda*, *crónica*, que terminará fácilmente por la formación de tubérculos.»

Para Andral (*Cours de Pathologie interne:* París, 1848), el

escrofulismo es una enfermedad *asténica* general, y recuerda que Richerand le miraba como una pura exageración del *temperamento linfático;* que Humboldt entendía predisponer mucho á este padecimiento la *disminución del fluido eléctrico,* y que, en opinión de Baudelocque, el aire cargado de humedad y de miasmas es su causa única.

El mismo autor trata la enteritis crónica con un régimen alimenticio «suave, pero *nutritivo.*» Atribuye la gastralgia á «causas directa ó indirectamente *debilitantes,* que originan una *debilidad de estómago,* que pide ser combatida con excitantes, tónicos, amargos, hidroterapia, buena alimentación, etc.» En la dispepsia esencial ó *nerviosa* recomienda, en primer término, las afusiones frías, y añade, que «la *privación de alimentos la agrava.*» En cuanto á la tisis tuberculosa, da gran importancia, como causa de su desarrollo, á la *alimentación insuficiente* ó de *mala calidad;* sin negar el influjo de las *pasiones tristes,* á las que Laennec daba muy singular intervención, y que Andral tiene por más influyentes en el desarrollo de la hepatitis crónica; sentando el principio de que *conforme aumenta la astenia, sube la predisposición á las inflamaciones; arrancando á veces del sistema nervioso el comienzo de éstas,* y creyendo, en oposición á Broussais, que *se deben economizar las largas emisiones de sangre contra ellas.*

En su *Traité pratique de la colique de plomb* (Lyon, 1850), dice Brachet, que «las personas de aparato digestivo *fuerte, activo, enérgico,* se verán *menos fácilmente atacadas del cólico saturnino* que las que se hallan en *condiciones opuestas.*»

Sandras, por su parte, se expresa al tenor siguiente, en su *Traité pratique des maladies nerveuses* (París, 1851): «A la cabeza de las causas del estado nervioso (aludiendo con este nombre á las enfermedades en que las funciones del sistema nervioso están alteradas; «sin que en el estado actual de nuestros conocimientos, dice, se las pueda atribuir á una lesión material, local y necesaria, de los órganos»), *debo colocar la debilidad,* sea congénita ó producida por enfermedades agudas, lactancia ó alimentación insuficientes, ó exceso de vigilias, trabajos y placeres, sobre todo la Venus.»

Pomme, autor del *Traité des affections vaporeuses des deux sexes* (Lyon, 1769), escribe en él, que las mujeres son las que ocupan la primera fila en estos padecimientos; pero no las mujeres del campo. Las de los antiguos escitas—añade,—que, según Hipócrates, manejaban también las armas, no padecían *vapores*. En cuanto hace al sexo masculino, Pomme pasa revista á todas las causas de los afectos nerviosos en los varones, y no reúne otras que las genuinamente *debilitantes*, tales como el exceso de estudio, el aislamiento melancólico, la embriaguez, los abusos genéricos, etc.; añadiendo que el café y el chocolate son útiles á veces en quien *no los usa á diario*. Y después de todo esto se pregunta: «¿Podrán *padres valetudinarios* engendrar *hijos robustos?* ¿Unos padres hipocondriacos, que hayan *degenerado*, podrán tener hijos que no participen de los mismos *vicios?* Veremos terminar estas enfermedades—hijas del *apocamiento*, con su falta de *nutrición*—por la *atrofia general* del cuerpo y su completa *consunción*.» Se opone luego á los trabajos del espíritu, porque «hacen gran *disipación de fluido nérveo* y *empobrecen la masa de los humores;* así como hay que alejar las penas, por cuanto *quebrantan* todo el cuerpo, *quitan el apetito* y el *sueño*, y sumen al organismo en una *languidez general* que se opone al efecto de los más poderosos remedios.

Villermay, *Traité des maladies nerveuses* (París, 1816), tacha de errónea la opinión de Pomme, contraria á los beneficios del acto conyugal en la histeria, y favorable á la virginidad en la misma; pero reconociendo á la vez que la histeria es *más rara en el campo* que en la ciudad, y añadiendo, en la pág. 207, que «*cuanto más se fortifica la constitución* de las personas jóvenes, más *se debilita su sensibilidad nerviosa*, y se las hace *menos accesibles á los ataques y recaídas del histerismo*.» También habla de la gota *atónica* de Landré Beauvais, que reclama los *fortificantes;* y en cuanto al escorbuto, exclama: «Hay autores que han visto en el escorbuto un último grado de la hipocondría. Ello es que tiene por causas las *debilitantes*, y una de sus causas la *debilidad general*. Cita asimismo el consejo de Areteo, de que «*se olvide á veces la enfermedad* ó se suspenda el tratamiento, para ocuparse no más que en *restaurar* al enfermo. Y cuando

se han *restablecido las fuerzas*, añade, han desaparecido las huellas de la enfermedad.» También recuerda la cita que Sydenham hace de un prelado inglés, que *agotó sus fuerzas* por excesiva aplicación al estudio, y se puso hipocondriaco; pero que curó á favor de un régimen de *viajero á caballo*, empezando por expediciones cortísimas. Al cabo de algunos meses había ya recorrido unas mil leguas, sin consideración á las inclemencias atmosféricas ni reparar en alimentos, y había *recobrado la salud*. Agrega á este caso otro, referido por Hoffmann, que habiendo empezado por tercianas, llegó á la curación mediante los *tónicos* y el *ejercicio á caballo*. De todos modos, el primer cuidado que el autor recomienda contra la hipocondría, es el de *fortificar la constitución* de los enfermos; cosa, por cierto, bien lógica, tratándose de una enfermedad preparada, según él, por el onanismo ó cualquiera otra de las «causas capaces de *quebrantar, relajar* ó *debilitar* las personas.»

En su *Traité de l'Hipochondrie* (Lyon, 1844), habla Brachet de una constitución *nerviosa;* apellido que es siempre, para el autor, sinónimo de *debilidad*. Al efecto de prevenir el desarrollo de tal constitución, aconseja que se vigile mucho la conducta física y moral de toda mujer que lacte á un niño, á fin de evitar que le dé «una *leche viciada* incesantemente por faltas de régimen ó afecciones morales,» y afirma, además, que «ciertos hospitales favorecen el desarrollo de la hipocondría, á causa del método *debilitante* que en ellos se sigue;» añadiendo estas palabras: «El que ya por su carácter raro y aprensivo, sujeto á *vapores*, debidos á una gran susceptibilidad nerviosa; aquél á quien una gastralgia ó neurosis, ó lesión orgánica visceral, atormenta desde hace largo tiempo y tiene viciada la digestión (que es el cuadro clásico de los orígenes secundarios de la mayor debilidad constitucional), será hipocondriaco más pronto que el *hombre feliz, jovial, de buena salud*, y, sobre todo, de *constitución fuerte* y atlética.»

En el *British Medical Journal*, de Diciembre de 1885, aparece un trabajo de Pavy, en que opina éste en pro de la teoría bulbar de la diabetes, admitiendo que «el coma diabético no representa una intoxicación, sino un *agotamiento nervioso*.»

Ya Cabanis, *Rapport du physique et du moral de l'homme* (París, 1802, tomo II), percibió que «en las enfermedades crónicas, el *sistema*—como él llama á la naturaleza individual—sólo emplea medios de reacción *débiles* y *lánguidos*. Así es que *rara vez son críticas y curables por la naturaleza.*» Y aquí es el sitio de recordar la curación de las mismas por la viruela, v. gr., de que habla D. Manuel Ortega Morejón, en su Memoria inaugural del presente curso en nuestra Academia. ¿Y cómo se verificará esta curación? ¿No es racional pensar que, por virtud de que podríamos llamar *fustigación sustitutiva*, ó la ley sea por un supremo llamamiento á las *energías radicales?*

En el *Discurso acerca de las enfermedades crónicas en general y la tisis en particular*, escrito en francés por C. L. Dumas, y traducido al español por D. Juan Vicente (Madrid, 1807), dice el autor: que «el *estado de las fuerzas es solamente* lo que fija y determina la forma y carácter de una enfermedad. Él es el que la hace ser *aguda* ó *crónica*, según que se acomoda más ó menos felizmente á la causa que la produce, para acelerar ó retardar sus progresos, para circunscribir ó extender su duración.» Y añade, que «cuanto más *fuertes* son los temperamentos, más *raras* y *simples* son las enfermedades; siendo *mayor* la propensión á las crónicas, según que aumenta la *degeneración* de la especie humana, por culpa del régimen ó uso de las cosas necesarias para la *conservación* y nutrimento del cuerpo.» Y refiriéndose á la constitución *pituitosa* y *catarral*, escribe las siguientes palabras: «Si queremos examinar por menor las causas exteriores que ocasionan las enfermedades propias de esta constitución, hay que buscarlas entre las que concurran á *enervar* el temperamento, é inducir una *debilidad* relativa en el sistema de sus fuerzas.» Y consigna también las siguientes ideas: «Hay otra razón mucho mejor, para hacer ver en estas enfermedades la *debilidad* que hasta aquí hemos intentado mostrar, y es la *naturaleza de los medios que pueden impedirlas y disiparlas*,» refiriéndose á los *fortificantes* de todo género que enumera. Y añade: «Los antiguos trataron poco de las enfermedades crónicas, por lo mismo de ser entonces *más raras* é *imperfectas* que en nuestros tiempos.» Y es muy de añadir que

la célebre Academia de Ciencias de Dijon premió, en el año 1788, una Memoria de este autor sobre el tema, *La mayor frecuencia actual de las calenturas catarrales.*

La *Gaceta Médica de Granada*, de 15 de Julio de 1902, (y perdóneme la Academia que descuide el orden cronológico de las citas), publicó la descripción de un caso de tumor blanco de la articulación tibio-tarsiana, con la sola intervención quirúrgica del legrado de las superficies articulares y resección del astrágalo, en cuya ayuda vino un tratamiento médico é higiénico animador, *vivificador*. Esta interesante nota clínica la suscribió D. M. Fernández de Mendía, Médico en Ortuella (Vizcaya), y es todo lo idéntica posible á la que me dispongo á publicar, referente á otro tumor blanco, pero de la articulación del codo, y que está ya casi absolutamente curado (después de año y medio de tratamiento esténico, local y general), sin que haya sido preciso ejecutar ninguna de las graves maniobras quirúrgicas, la amputación inclusive, á que se hallaba *sentenciado* por la mayoría de los muchos y distinguidos profesores, que le habían examinado en el curso de su imponente padecimiento. Y por cierto que el ilustre Catedrático de Clínica quirúrgica de la Facultad de Madrid, Dr. Ribera, me ayudó con su muy respetable opinión á contener la impaciencia de la familia, y aplazar todo acto cruento hasta ver lo que se obtenía del tratamiento en que convinimos (yoduro potásico, tintura de yodo, arsenicales, ácido fénico, bálsamo del Perú, aceite de hígado de bacalao, aguas y baños de La Toja, aire libre y luz solar amplísimos, y alimentación suculenta); y me hizo saber con este motivo, que su experiencia clínica presenta como muy grande, la diferencia entre los resultados de las resecciones practicadas en los casos de tumores blancos tratados en los hospitales ó en la práctica particular—que es tanto como decir, en condiciones de miseria y de suficiencia de los medios higiénicos,—en contra de los enfermos que sufren las consecuencias de la primera, en contra de los más faltos de apoyo vivificador.

En el mes de Mayo de 1902, y con el título de *Cuatro palabras sobre la pelagra*, publicó el *Siglo Médico* un artículo del señor D. T. Valera, del que entresaco la observación de que en

el pueblo de Quesada (Jaén), donde el autor ejercía á la sazón la Medicina, había observado éste muchos casos de pelagra, algunos de ellos en personas de *edad avanzada*, pero *todos en la clase jornalera ó bracera*. Y no contento con esto, añadía el señor Valera: «Todos han pertenecido, *como en otras partes*, á la clase que *más miserias padece*, que *menos come*, que *más trabaja* y que vive en peores condiciones higiénicas.»

En un trabajo presentado á esta Real Academia por el Doctor Corral y Mairá, con el título: *La anemia. Concepto etiológico de esta afección en los trabajadores de las minas de plomo de Linares;* se afirma que «la anemia es *puerta de entrada* de multitud de padecimientos,» principalmente en los trabajadores y manipuladores de ese metal, sobre los que actúan numerosas causas *debilitantes*, que el Dr. Corral enumera, y dan por resultado la hipohemia ó leucocitosis, cuyos estragos son enormes, y á la que da por carácter, no solamente el entozoario, *Anquilostonum duodenale*, de Rubini, sino la presencia en la sangre de poikilocitos, megalocitos, linfocitos y corpúsculos sanguíneos rojos gigantes. Y nótese—entre paréntesis—que puede ser *carácter*, signo, efecto de la anemia la aparición de organismos parasitarios en el seno del organismo principal enfermo.

Por su parte, D. R. Gómez de Figueroa, autor de un *Estudio clínico de las enfermedades que padecen los obreros de las minas de Almadén* (Madrid, 1888), consigna este hecho: «Todos los sujetos que se dedican á los trabajos de las minas en un quinquenio, son atacados seguramente de *anemia*, y con 99 probabilidades por 100 de *hidrargirismo*, en sus formas aguda ó crónica.» Así se explica que en la Estadística del Hospital de Almadén, que el Sr. Figueroa acompaña, correspondiente al quinquenio de 1883-87, sobresalgan muy particularmente las bronquitis y pulmonías crónicas, tan características de toda *debilidad general* acentuada, de todo *apagamiento* importante de las energías centrales de la inervación. Pero el ilustrado Dr. Figueroa no se limita á la afirmación puramente clínica, de la existencia de la anemia en aquel pueblo minero y metalizante, sino que la demuestra por el análisis de la sangre de 26 mineros, elegidos al azar, y de un joven abogado de

la villa, completamente ajeno á las tareas de minería, y cuyo análisis fué llevado á cabo por el reputado Dr. Mendoza, Jefe del Instituto de Anatomía y Patología experimental de San Juan de Dios, de Madrid. La hemoglobina no llegó á la plenitud del 100 por 100 sino en el joven abogado y en dos de los 26 mineros, no pasando del 90 sino en otros seis de éstos, y manteniéndose en esta última cifra ó por debajo de ella, hasta descender á 71, en los 18 restantes. Las hemátides figuraron con la cifra 4.540.000 en milímetro cúbico de sangre del abogado, y algo más en la de cuatro mineros; pero con menos de los 540.000, sobre los 4 millones, en 15 de éstos, y por bajo de los citados 4 millones—aunque no con menos de 3—en otros seis operarios, dándose el caso de uno de éstos, en que no pasaban de 2.830.000. En cambio, los leucocitos, que en el abogado pusieron de manifiesto una leve leucocitosis—pues que llegaron á 12.000 en milímetro cúbico de sangre,—sólo alcanzaron esta alta cifra dos trabajadores de las minas, y pasaron de ella otros cinco, llegando uno hasta 28.000; contándose en todos los demás menos de los 12.000 mencionados, al extremo de bajar á 7.000 en tres de ellos. Y aún es muy de añadir que las calcinaciones del cinabrio, para la obtención del mercurio metálico, dan lugar á vapores sulfurosos é hidrargíricos, enemigos de la pureza del aire, la composición del cual, cuando se halla libre de estos humos, ha sido analizada en la atmósfera de Almadén por el Dr. Figueroa, encontrando en cada 100 volúmenes algunas milésimas de ácido carbónico, 20,9 de oxígeno, 79,1 de ázoe y ligeros indicios de vapor de agua; y en el último piso de las minas (el onceno, á 300 metros largos de profundidad), 0,50 de ácido carbónico, 15,00 de oxígeno, 84,50 de ázoe, y vapor de agua á saturación. Esta composición del aire respirado en el seno de las minas por los operarios de ellas, y fuera por todos los pobladores de la villa de Almadén y aun de la próxima de Chillón, cuando tienen lugar las calcinaciones y se hacen portadores de sus tóxicos humos los vientos, contribuyen poderosamente á explicar la anemia de los mineros y el envenenamiento lento de todos aquellos habitantes, que socavan la salud de los más robustos, de la manera denun-

ciada por la sangre leucocitémica del abogado D. R. F. M., y lo que el Dr. Figueroa dice sobre la carencia de bailes públicos en Almadén, por falta de animación de aquellas gentes, no obstante proceder en su mayoría de las tan vívidas razas extremeña y andaluza. Y esto da gran precio á lo que dicen Penzoldt y Stintzing, ya citados, acerca de lo más expuestos que se hallan á padecer de mercurialismo, como de todos los demás afectos, los individuos *débiles* de suyo ó mal alimentados, etc., que es lo mismo que ya hemos oído exponer á Brachet en sus apreciaciones sobre la patogenia del cólico de plomo.

El aforismo 411 de Letamendi *(Clínica General)* se refiere á las neurosis periféricas, y lo hace en los términos siguientes: «Suelen ser vitalicias, pero no mortales. Parece todo ello debido á que la causa es *pobreza* absoluta ganglionar y medular, con predominio relativo del encéfalo.»

En la epidemia de tifus exantemático sufrida por los habitantes de Gavilanes (Avila) desde Octubre de 1899 á Marzo de 1900, y descrita por el Profesor D. Arturo García Asensio en el *Siglo Médico* de 25 de Mayo de 1902, las mayores explosiones de casos coincidieron con grandes nieblas muy húmedas (ó sea con circunstancias atmosféricas grandemente *sustractoras* de fluido nérveo, por razón de la mayor conductibilidad del aire húmedo); siendo los *pobres*—ó lo que es igual, los *más débiles*—las principales víctimas, al extremo de que sólo cuatro, de las 78 invasiones habidas en la población, recayeron en «gente de regular posición social,» según palabras del Sr. García Asensio.

Soulier dice, en el tomo II de su *Terapéutica y Farmacología*, que toda intoxicación es capaz de causar una *histeria;* para comprender lo cual se hace necesario recordar lo que, acerca de la intervención de la *debilidad* en el desarrollo de este mal, asientan Pomme y Villermay, así como fijarse en el hecho de que todos los venenos lo son por causa de atacar y vencer al *poder radical* del organismo. Así, por ejemplo, el alcohol á dosis tóxica paraliza la pupila, y el alcoholismo crónico es capaz de originar todos los habituales signos de la *debilidad ge-*

neral, tales como catarro faríngeo, laríngeo, gástrico é intestinal; el insomnio, las alucinaciones, etc. El cloroformo causa también paralisis respiratoria y cardiaca, midriasis, etc. El anhidrido carbónico, afasia; el hidrógeno sulfurado, disnea, cianosis, etc.; el ácido cianhídrico, espiración prolongada, midriasis é insensibilidad pupilar, etc.; la digital, disnea, colapso y sopor; el tabaco y la nicotina, ambliopía, catarro faríngeo y laríngeo, asma, propensión á la angina de pecho y paresia muscular; el ergotinismo lleva consigo un síndrome parecido al de la tabes dorsal, y el latirismo (causado por el *lathyrus* ó tártago) otro análogo al de la paralisis espinal espástica; las carnes y pescados averiados, ambliopía y hemorragias pasivas; el morfinismo tiene la mayor semejanza con la neurastenia; el cloral, opio, haba del Calabar, muscarina, apomorfina, cloroformo, sales potásicas, tanatos y oxalatos, cobre, antimonio y quinina son paralizadores de la influencia cardiaca del pneumogástrico, que se inhibe mediante la singular excitación, rectificable por la belladona, que todos ellos ejercen sobre él. El acónito y la aconitina causan flojedad suma, postración, temblores fibrilares, angustia respiratoria, asfixia y asistolia, con acompañamiento congestivo de todas las grandes vísceras; y poco más ó menos el curare, la cicuta, el gelsemio y la gelsemina, la veratrina, el cólchico y colchicina, la nuez vómica y la estricnina, etc., etc., etc.; mereciendo recordación aquí la frase de Brillat-Savarin, el gran culinario, cuando decía, que «el café debía ser prohibido por los padres á sus hijos, si no querían verlos *viejos á la edad de veinte años.*»

Strümpell cree que la atrofia muscular progresiva, la esclerosis hemi-atrófica de los cordones laterales de la médula y la paralisis bulbar crónica suelen deberse á trabajos corporales excesivos, que dan motivo á una *dilapidación* de energías y su consiguiente *agotamiento*, al igual de lo que es capaz de hacer cualquiera otra causa de *destemple* de los resortes inervadores, capaz de relajar su funcionamiento, y con él la regularidad de las funciones por ellos presididas y animadas. Y también se fija el mismo autor en «la viciosa disposición hereditaria que, según toda apariencia, desempeña siempre el principal papel

etiológico; pues un sistema nervioso *débilmente acondicionado* ha de sufrir las consecuencias de su *falta de capacidad* normal de transmisión.» Y luego prosigue diciendo: «La exactitud de esta idea se demuestra en aquellos estados tan frecuentes de *debilidad del sistema nervioso* puramente funcionales, designados con los nombres de neurastenia, nervosismo general, etc.»

Dupuytren llamó *hemorragia nerviosa* al delirio traumático, cuya frase es, en verdad, para repetida siempre que se aumenta el dispendio de la inervación en cualquier forma, pues la pérdida consiguiente de fluido nérveo ha de traer consecuencias comparables á las de la hemorragia propiamente dicha, en que descienden la cantidad y calidad normales de sangre, y se instituye la anemia prototipo. ¿Podrá aplicarse otra calificación que la contenida en la palabra *debilidad*, á la situación orgánica creada por ambas causas perturbadoras, tan justamente comparadas por Dupuytren? Ya veremos que la sola diferencia que se puede reconocer en ellas, es la de la mayor trascendencia de la *hemorragia nerviosa;* sea dicho esto de pasada, y por lo que interesa el conocimiento del hecho, para incluir en la terapéutica reconstituyente los tónicos por excelencia, que son los imponderables constitutivos del fluido nérveo, con la luz solar á su cabeza, y para convencer de que no sólo debe combatirse el dolor por antipático, sino por lo que *debilita*.

Es también muy de anotar aquí, que el bocio exoftálmico abunda más en las personas *anémicas* y *nerviosas*, en las mujeres *débiles* y *embarazadas* y en familias *neurósicas*, y que la *facilidad de constiparse*, al extremo contenido en la frase vulgar, «á mí me constipa el aire de un abanico,» es para todo médico experimentado una de tantas formas de la predisposición morbosa, que acompaña á la debilitación general del organismo.

El aserto de Andral, de que «la *astenia* aumenta la disposición á las *inflamaciones*,» se halla comprobado por la pulmonía, que suele poner término á la vida de los ancianos y de los alcohólicos, y por las flegmasías de todo género que denuncian la *flojedad* de la naturaleza, desde los diviesos y los antrax á las meningitis, anginas y cistitis.

Hallopeau (*Traité élémentaire de Pathologie générale:* París, 1887) llama diátesis á todas aquellas «modificaciones del tipo fisiológico, que tienen por efecto *disminuir la resistencia* del organismo contra ciertas influencias morbosas, predisponerle á ciertas afecciones é imprimir á sus reacciones patológicas una especial fisonomía.» Y añade á las diátesis, «aquellas degeneraciones del tipo fisiológico causadas por las intoxicaciones crónicas, los sufrimientos prolongados, excesos, falta de alimentación y otras causas (todas igualmente debilitantes), pudiendo ser transmitidas por herencia (cual ocurre con el alcoholismo).» También hace constar Hallopeau, que «las constituciones *débiles* dan lugar á que el sistema nervioso sea excitable; pero con una mezquina energía, que se agota pronto; siendo estos individuos *más vulnerables* que los de constitución fuerte.» Por último, considera la *alimentación insuficiente* muy bastante por sí misma para «*disminuir la resistencia* á las causas accidentales de enfermedad y á la invasión de los agentes infecciosos, pareciendo concurrir á engendrar la tuberculosis en enajenados é histéricos (ya debilitados en el mero hecho de ser tales).» Del estudio atento de todo este hermoso libro de Brachet, se desprende la singular coincidencia entre las *causas debilitantes* y las *enfermedades crónicas*.

Chomel recuerda en su *Patología general* (edición española: Madrid, 1868), que Galeno comparaba al hombre enfermo «con el que lleva una carga á cuestas: la carga es la enfermedad, y su duración es el espacio que tiene que andar el cargado,» siendo, como se ve, todo ello un problema de *fuerzas;* que es por lo que Chomel dice ser indispensable que el médico tenga buen cuidado de aquilatar la violencia, ó sea el *peso*, de la enfermedad, y «compararla atentamente con las *fuerzas* del enfermo,» que es el modo de llegar á conocer lo que los antiguos llamaron indicación *vital;* pues que el paso de los males agudos ó crónicos y la terminación de unos ó de otros por la muerte, sólo es obra de la *falta de resistencia de la vida*. También hace mérito Chomel, en prueba de esto, que «de los tres médicos del Hospital de niños, de París, dos de ellos aplicaban (en época muy poco anterior á la en que el autor escribía) una medica-

ción *activa*, en tanto que Baudelocque (que era el tercero) se limitaba casi exclusivamente á los medios *higiénicos*, y que, según las Estadísticas anuales de la Administración, la mortandad relativa era *siempre menor en la sala de Baudelocque;* con la circunstancia de cambiar de ella todos los años los tres Profesores.» Ahora bien: los que Chomel llamaba *medios higiénicos ó cuidados generales*, ofrecen la garantía clínica de favorecer indiscutiblemente el cumplimiento de todas las funciones, y con él su armonía y su poder, sinónimos de normalidad. Así, por ejemplo, supongamos un pulmoniaco tratado farmacológicamente á la perfección, pero que se viste y se marcha de paseo. ¿Cabe dudar de que esta sola transgresión de las leyes de la Higiene, bastará quizá para anular la restante buena obra del mejor de los tratamientos? Y, por el contrario, quiero imaginar que éste es deficientísimo, en cuanto no sean los *cuidados generales* del paciente; pues bien: con sólo ellos tendrá adelantado mucho éste para llegar á la playa feliz de la salud. Así se comprende la ventaja que el higienista Baudelocque llevaba á sus compañeros, según las Estadísticas hospitalarias de París, por atender más que ellos al cuidado de lo que es cimiento de la vida.

Todo cuanto antecede justifica el recuerdo que Debreyne hizo, en su *Therapeutique appliquée aux maladies chroniques*, de las palabras de Celio Aureliano, cuando dijo: «Que las enfermedades agudas solían curarse *por sí mismas;* pero *no así las crónicas*, preparando con ello á un médico hábil *una parte de gloria mayor y más segura.*» Lo cual prueba que en los padecimientos crónicos encuentra el médico la verdadera ocasión de ayudar, ya que no pueda decirse sustituir, á la naturaleza, *impotente por sí misma para obtener la victoria.*

El Dr. Pérez Cano publicó en el *Boletín oficial de Médicos y Farmacéuticos de la provincia de Almería* (Mayo, 1902) un muy juicioso artículo en que, hablando de la *atrapsia*, dice encontrar «su etiología general en la *mala alimentación de los niños;* de la cual forma parte la *alimentación precoz* y la *pobreza orgánica y social* de las madres que amamantan estos niños, el nacimiento prematuro de los cuales suele intervenir también entre las *causas.*»

¿Quién no halla relación en cuanto viene dicho y la calificación de *reúma de los pobres*, dada por Strümpell al reumatismo crónico?

El gran clínico Trousseau dice, en su *Clínica Médica del Hôtel-Dieu de París*, y refiriéndose á la difteria: «El tratamiento general desempeña aquí un importantísimo papel, debiendo ser tónico y reparador, como en todas las enfermedades en que parecen estar primitivamente turbadas y deprimidas las fuerzas de la economía. La *alimentación* ocupa el primer lugar. Mientras se conserva el apetito, hay grandes esperanzas de curación. Los agentes farmacéuticos que empleo son las preparaciones de quina y los ferruginosos.»

Nuestro Presidente inolvidable, Dr. Nieto y Serrano, escribió ya en su *Ensayo de Medicina general* (Madrid, 1860) las siguientes memorables palabras: «Nada es más incierto y sujeto á dudas que las relaciones de causalidad establecidas entre el mundo exterior y la mayoría de los estados morbosos. ¿De qué depende esto, tratándose de verdaderas *causas*, esto es, de lo más importante que puede haber en un estado patológico que se trata de corregir? De que *la causa principal, la que se sobrepone á todas, la que obscurece principalmente á los modificadores comunes, es el organismo, que en virtud de su ley propia concibe y engendra sus padecimientos como sus funciones fisiológicas.*» A esto es á lo que hoy se conoce bajo el nombre de *terreno*, verdadero árbitro de la suerte reservada á las *semillas*.

Si, pues, enlaza á todas las alteraciones de la salud un vínculo de parentesco vital, enlazado quedará el tratamiento de todas ellas en la parte correspondiente á esa comunidad de naturaleza; y si ésta tiene la *debilidad* por carácter, aquél deberá á la lógica la *tonicidad* del suyo, no pudiendo ser más expresiva y convincente, por lo tanto, la transcendencia práctica de la presente apreciación teórica, constitutiva del tema que tengo el honor de comunicar á la Academia.

Debiera yo contestar aquí á varias interesantes preguntas, que surgen del asunto principal; pero el temor de alargar éste en demasía, me obliga al aplazamiento de esas respuestas, y que me haya de contentar por hoy con proclamar como verdad incon-

cusa que: *la vida de las especies orgánicas es constantemente proporcional á sus medios de subsistencia.*

Por lo demás, las preguntas á que me refería, son las siguientes: 1.ª ¿Tendrá sitio especial de residencia la *debilidad radical* del organismo? 2.ª ¿Cuáles serán las *influencias anormales más culminantes* á que ésta deba su origen? 3.ª ¿Tendrán alguna otra más alta condición que la de tónicos, de *vivificadores*—directos ó indirectos,—los *remedios* de todos los estados morbosos, aparte los agentes puramente alejadores de las *causas*.»

El Académico corresponsal Sr. Hernández Briz, leyó la siguiente Nota:

«*La herencia sifilítica por la vía paterna.*—En el año de 1897 tuve el honor de hacer una comunicación á esta Real Academia sobre este importantísimo asunto; y habiendo seguido desde aquella fecha con todo detenimiento las principales observaciones clínicas que en ella citaba, como ampliación de aquel trabajo, y por estar sobre el tapete este estudio en otras Academias extranjeras, creo oportuno molestaros nuevamente.

Decía entonces que la herencia sifilítica por la vía paterna había sido puesta en duda por algunos autores; pero Fournier había refutado vigorosamente esta doctrina, errónea y peligrosísima, puesto que autorizaba el matrimonio de muchos sifilíticos, contenidos solamente por el temor de ser nocivos á su posteridad; que la clínica debía registrar todos aquellos casos, que daban espléndida luz á estos problemas de la herencia morbosa. Por esto nosotros queremos exponer éstos, altamente demostrativos, y dignos, por tanto, de ser consignados y registrados en los anales de la Patología.

El más notable de todos es un niño, que nació á su debido tiempo, con grandes manifestaciones generalizadas en todo el cuerpo (roseola papulosa en el pecho y espalda; penfigos ulcerados en toda la región glútea, muslo, pierna y pie izquierdos; los brazos con manchas de color rojo cobrizo, y siendo las úlceras, unas redondeadas y otras serpiginosas y fagedénicas, de color rojo escarlata). Este niño vivió nueve días, y ni tenía fuerzas para mamar ni podía llorar, exhalando un ligero quejido cuando se le movía y curaba; no pudo coger ni una vez siquie-

ra el pecho de su madre, y solamente se logró que tomase algunas cucharaditas de leche de burras durante los breves días de su existencia. La madre de este niño estaba sana por completo, sin haber tenido nunca la más pequeña manifestación, y el padre había tenido una ligera roseola y úlceras en la lengua; pero estas manifestaciones las tuvo *ocho años antes* de haber contraído matrimonio, y se conceptuaba curado por completo, puesto que en tan larga fecha no había tenido la más insignificante manifestación. Sometí al tratamiento específico al padre con gran constancia y asiduidad. A los veinte meses próximamente se hizo la madre embarazada, y como medida preventiva, la hice tomar durante su embarazo unas píldoras de proto-yoduro de mercurio, diciéndola que esas píldoras tónicas se las mandaba, para que su futuro hijo no naciese con debilidad alguna.

Se presentó el parto normal, y dió á luz un niño perfectamente sano y robusto, sin ninguna manifestación. La madre tampoco tuvo el menor trastorno: crió á su hijo, y como no tenía bastante leche, se auxilió con la leche de cabras; el niño se crió perfectamente bien, sin haber tenido absolutamente nada. A los veinte meses se hizo la madre nuevamente embarazada. La hice tomar el proto-yoduro durante su embarazo, y dió á luz una niña completamente sana. Nuevo embarazo, siguiendo las mismas precauciones: parto normal de otra niña en completa salud. En la actualidad viven todos estos niños, sin haber tenido la menor manifestación específica, y sin que la madre haya presentado tampoco el menor trastorno.

Dos hechos notables se desprenden de este caso: el primero es, que después del largo período de tiempo transcurrido, el esperma de este sujeto conservase la virulencia sifilítica, que transmitió al óvulo en el misterioso acto de la fecundación. La herencia, como dice el eminente sifiliógrafo Fournier, no es todo lo que pasa desde los ascendientes á los descendientes, sino solamente lo que se transmite al germen, al futuro embrión, de las cualidades propias de las células generadoras espermatozoario y óvulo, en el en que de la conjunción de estos elementos resulta la fecundación. Una enfermedad transmitida

al hijo más allá del momento de la fecundación, no será considerada como hereditaria; será en este caso una infección ó contagio intrauterino Es decir, que aplicada esta distinción á la sifilis, deberá ser definida como sifilis hereditaria aquélla que deriva para el feto de una sifilis de los ascendientes anterior á la procreación; y de un modo inverso, la sifilis que puede ser transmitida al feto posteriormente á la procreación por contagio intrauterino, no debe ser considerada como de orden hereditario. La clínica confirma diariamente esta inducción, demostrando que la verdadera sifilis hereditaria es inmensamente más grave y más mortífera para el feto que la sifilis, que viene á infectarlo en los diversos períodos de la vida intrauterina, pues si ésta está muy avanzada, apenas si le perjudica. No hay necesidad de demostrar la realidad de la herencia sifilítica, pues, como dice este maestro, «pertenece actualmente al número de las verdades adquiridas y aceptadas por todos, superior á toda discusión, á toda controversia.»

El segundo hecho es que el virus específico se transmitió por el semen del padre, sin haber contagiado á la madre, y que el tratamiento específico instituído inmediatamente después del primer parto (que fué cuando se supo que era sifilítico el padre) y en todos los embarazos en la madre, contribuyó á neutralizar y extinguir este virus, viéndose libre la posterior descendencia de esta mancha.

El otro caso que citaba en aquella época, es el de una niña de tres meses, que me trajo su padre para que la visitase: tenía numerosas placas mucosas en el ano y un coriza crónico, que apenas la dejaba respirar y mamar. El padre presentaba manchas de roseola en la cara. Al interrogar á este señor, me dijo que había tenido una ulcerita en el miembro, que apenas le produjo molestias, curándose al poco tiempo sin hacer más tratamiento que la limpieza, y sin tener ninguna otra manifestación hasta presentársele las manchas en la cara, que yo había visto. Su esposa, á quien reconocí, criaba á su hija, y no tenía la más pequeña manifestación, habiendo gozado siempre de envidiable salud. Sometí al tratamiento específico al padre y á la niña: á ésta la dispuse dos gotas diarias de licor de Van

Swieten y las unciones con ungüento mercurial en el hueso axilar, un día en uno y otro día en el otro. Como tratamiento tópico, la limpieza con la disolución de ácido bórico al 4 por 100 y los polvos secantes de licopodion. Como los niños toleran tan admirablemente el mercurio, á los veinte días estaba desconocida la niñita, y á los cinco meses estaba curada por completo; la dí después el yoduro potásico, y se puso al año bien del todo. La madre, á los dos años, se hizo embarazada, y la sometí al proto-yoduro en píldoras, dando á luz á su debido tiempo una hermosa niña, que no presentó la menor alteración ni manifestación de ninguna clase. A los veintitantos meses se hizo la madre nuevamente embarazada: no tomó medicina alguna y olvidó mis consejos, y tuvo un aborto; me lo dijeron después, y la recomendé el uso de aquellas píldoras, que la tenía dispuestas. Nuevo embarazo: usa el proto-yoduro, y sigue perfectamente.

En las notas clínicas que tuve el honor de poner en la edición española de la obra, *Enfermedades venéreas y sifilíticas*, del notable Médico italiano, Aquiles Breda, el año de 1889, citaba el caso de un sujeto que padeció un chancro indurado, y no tuvo otra clase de manifestaciones, ó fueron tan levísimas que pasaron inadvertidas para él, hasta el punto de que le hicieron dudar si sería realmente un chancro sifilítico lo que padeció. Se casó, y su mujer no tuvo la menor manifestación; pero tuvo varios abortos y partos de niños que se morían, á los pocos días de haberlos dado á luz, de hemorragias umbilicales. Tomaron la medicación específica ambos cónyuges, y después tuvieron hijos sanos y robustos: uno de ellos presentó á los pocos meses una sifilide que, tratada convenientemente, desapareció del todo, encontrándose estos niños en la actualidad en perfecto estado de salud.

En mi clínica del Hospital General, sala 12, primera mitad, cama núm. 3 de crujía, ingresó una madre con un niño heredo-sifilítico, con coriza y placas mucosas en el ano. Esta mujer no había estado enferma nunca, y éste era su primer hijo; el padre, á quien ví, era sifilítico. Tratado el niño, á los dos meses, casi curado por completo, fué alta pedida; la madre no había tenido la menor manifestación.

En estos casos, rápidamente bosquejados, se demuestra la acción letal del virus sifilítico, transmitido por el padre á su descendencia de una manera directa, sin que la madre presentase la más insignificante manifestación; la eficacia del tratamiento específico durante el embarazo de la madre, para que, por el intermedio de la placenta, se consiga extinguir este virus en el feto, y dar lugar á que nazca el niño libre de esta dolencia, y la desconfianza que nos debe inspirar toda manifestación sifilítica, por benigna que parezca, debiendo ser tratados estos enfermos con valentía y constancia hasta lograr neutralizar en absoluto este virus, para evitar siga multiplicándose en los descendientes, y éstos nazcan sanos, robustos y limpios de todo estigma específico, arrebatando de esta manera muchas muertes á la Parca, y ahorrando muchas lágrimas y sinsabores á la humanidad.»

El Sr. Gutiérrez hizo uso de la palabra sobre dicho asunto, manifestando: que no podía ponerse en duda la transmisión directa de la sifilis del padre á los hijos, siendo ésta la causa de gran número de abortos y de partos prematuros, según había demostrado en un artículo, que publicó en la *Revista de Medicina y Cirugía prácticas*, hace pocos años; debiendo emplearse un tratamiento conveniente, para evitar la muerte del feto en el claustro materno, ó poco después del nacimiento.

En prueba de su afirmación, citó el caso de una señora, que tuvo ocho abortos seguidos, al séptimo ú octavo mes del embarazo, sin otros antecedentes que el haber padecido el marido un chancro en el miembro viril, hacía quince años, seguido de manifestaciones secundarias de sifilis, que se curaron al parecer espontáneamente, sin emplear ningún tratamiento antisifilítico. Administrado el proto-yoduro de mercurio en el marido, y sometida también la mujer á la terapéutica específica antes de formarse la placenta, se logró, desde el noveno embarazo, que la gestación llegara á su término, y que el feto naciera vivo, ocurriendo otro tanto en los sucesivos.

Añadió, que era innegable la transmisión de la sifilis por el padre, con la mala condición de ser la *peor herencia*, pues produce la muerte del feto á los siete ú ocho meses del embarazo; que

debía admitirse la *sifilis concepcional;* que los efectos de la sifilis hereditaria se iban atenuando en los embarazos sucesivos, prolongándose éstos por más tiempo, y llegando á nacer vivos algunos fetos; y que debía emplearse el tratamiento antisifilítico conveniente en el padre y en la madre, para corregir los terribles efectos de la sifilis hereditaria.

El Sr. Calvo expuso el caso de una mujer que, habiendo estado casada primeramente con un sifilítico, ha tenido ya doce embarazos, en los cuales deja de sentir el feto á los siete meses, pariendo á los nueve un feto muerto, con las lesiones propias de la sifilis heredada; que dicha mujer se halla, al parecer, buena y sana, en su 13.º embarazo; que las cuatro primeras gestaciones correspondieron al marido sifilítico, y que habiendo contraído un segundo matrimonio, con un hombre que parece sano, ha continuado observándose la misma herencia sifilítica en todos los fetos.

El Sr. González Alvarez reconoció el interés práctico del asunto que se discutía; se manifestó de acuerdo con los trabajos de Fournier, y creyó que debían estudiarse con reflexión los casos expuestos, á fin de discernir su verdadero origen.

Sostuvo que no era concluyente el primer hecho de la comunicación del Sr. Hernández Briz, pues el marido pudo transmitir la sifilis á su mujer, y ésta al hijo, como enseña la experiencia; y que hay casos en que no se encuentran antecedentes sifilíticos en los individuos enfermos, y, sin embargo, presentan lesiones de dicha naturaleza, que se curan con la medicación específica apropiada.

Citó la observación de un sujeto, de unos treinta años de edad, que ofreció lesiones óseas del paladar, que parecían sifilíticas, no hallándose antecedente alguno de sifilis, y curándose con el tratamiento específico; creyendo que en tales circunstancias sucede una cosa análoga á lo que se observa en las infecciones de sarampión y de escarlatina sin manifestaciones externas.

Transcurrido el tiempo reglamentario, se suspendió este debate, quedando el Sr. González Alvarez en el uso de la palabra para la sesión próxima, y levantándose la de hoy.

XI

SESIÓN DEL 27 DE JUNIO DE 1903

Abierta á la hora señalada, leída y aprobada el acta de la anterior, se dió cuenta del siguiente informe de la Sección de Medicina:

«El Dr. D. Eladio León, por conducto de nuestro distinguido compañero, el Sr. D. Angel Fernández Caro, ha remitido á la Academia una segunda Memoria sobre el *Arrhenal en el Paludismo,* como consecuencia del acuerdo de la Corporación, de Junio de 1902, en el cual, al darle gracias por su primer trabajo, se le invitaba á que continuara sus observaciones sobre el mismo asunto, al objeto de determinar el valor terapéutico de dicho compuesto arsenical en la expresada enfermedad.

El Sr. León, después de algunas generalidades sobre la Patología moderna y el paludismo, dice que se limitará á ser mero narrador de cuanto ha ocurrido y ha presenciado, en un año de observaciones, en casos numerosísimos de *paludismo*, durante cuyo tiempo ha seguido ensayando el compuesto arsenical tan preconizado por Armando Gautier.

Añade, que aprovechando el enorme material de experimentación de aquella comarca en que ejerce la profesión, tan esencialmente palúdica, inició otra serie de experiencias, que no enumera caso por caso, porque de ello no resultaría utilidad práctica alguna.

Empezó por emplear el *Arrhenal* en un grupo de 50 enfermos adultos en los meses de Julio, Agosto y Septiembre, que es cuando la enfermedad alcanza su mayor intensidad, escogiendo aquéllos que no habían padecido manifestación palúdica anterior. Los resultados obtenidos no pudieron ser más *desconsoladores:* los accesos tercianarios se siguieron repitiendo en 47 casos, obteniéndose la desaparición de ellos solamente en tres, y debiendo tener presente que fueron formas bastante leves. Cansados los 47 enfermos de tomar las gotas, y de

ver que se repetían los accesos tercianarios sin interrupción, reclamaban la *quinina* y abandonaban el *Arrhenal*, obteniendo con ella, en la mayoría de los casos, el feliz resultado conocido desde que se descubrió.

El Sr. León observó también en la pluralidad de los casos la producción de *estomatitis* y de *enteritis*, en el curso del tratamiento por el *Arrhenal*, haciéndose más rebeldes las primeras que las segundas, á pesar de suspender la medicación.

Sometidos los enfermos al tratamiento por la quinina durante cuatro, cinco, seis ú ocho días, añade el Sr. León, y una vez conseguida la desaparición de dos ó tres accesos, empezó el tratamiento por el compuesto arsenical, en la forma primeramente empleada (disolución de 5 gramos de *Arrhenal* en 100 de agua, con 2 gotas de alcohol fenicado al décimo, para tomar de 4 á 10 gotas al principio de cada comida); y durante el invierno y la primavera últimos trató las consecuencias del paludismo por el preparado arsenical.

El Sr. León cree, que el *Arrhenal* no tiene acción alguna sobre el factor ó elemento patogénico del paludismo, ó sea sobre el *hematozoario:* su acción única es sobre el terreno. Imprime solamente un gran movimiento de actividad y de energía á los grandes fagocitos mononucleares, y no puede tener la acción directa, la importancia terapéutica patogenética de las sales de quinina: el organismo empobrecido se tonifica por el *Arrhenal*, va despojándose de tanta escoria anatomo-patológica, renace y vive.

La Memoria del Sr. León, termina con las cuatro conclusiones siguientes:

1.ª El *Arrhenal*, ó metil-arseniato disódico, es un compuesto arsenical, que permite administrar dicho medicamento con toda clase de ventajas á los hoy conocidos, incluso á los cacodilatos, á mayores dosis, y con todas las excelencias y benéficos resultados de la dicha medicación.

2.ª El *Arrhenal* no tiene acción alguna sobre el hematozoario, elemento patogenético, causa del paludismo; siendo sus efectos muy escasos en el tratamiento de sus formas agudas, y completamente nulos en las perniciosas, en las cuales no debe

perderse el tiempo, recurriendo inmediatamente á la clásica medicación *quínica* por la vía hipodérmica.

3.ª Por efecto de la acción conocida de todos los compuestos arsenicales, aumentados en esta nueva forma, que permite administrarlo con las ventajas expuestas, al exponer en la primera comunicación su esencialidad química, y la de poder ser tolerado á grandes dosis, el *Arrhenal* es un precioso medicamento, de resultados brillantes en los casos de paludismo crónico con infartos viscerales, y hasta en los estados limítrofes con la caquexia; pero marchando hasta en ellos unido á la medicación quínica.

Y 4.ª Que á pesar de cuanto con relación á este medicamento y á otros se ha dicho, quedan como resultado de la experimentación clínica, reinando é imperando en el presente como medicamento único de reconocida eficacia, las sales de quinina, y á la cabeza de todas ellas el clorhidrato.

Expuesto el contenido de la segunda Memoria del Sr. León, recordaremos que en el trabajo que presentó dicho profesor en el año anterior, y que la Sección informó con fecha 16 de Junio de 1902, manifestaba: Que el *Arrhenal* tenía una superioridad extraordinaria sobre las sales quínicas en el tratamiento del paludismo; que los casos prácticos que consignaba eran, según él, los más rebeldes á la quinina, y los que en peores condiciones orgánicas se encontraban; que donde las sales quínicas fracasan, debe administrarse el *Arrhenal*, obrándose de igual manera cuando sobrevenga el cansancio y en los niños; que la quinina nos prestará grandes servicios allí donde el *Arrhenal*, si no fracasa, por lo menos la lentitud de su acción no responde á nuestros deseos, y que la *quinina* y el *Arrhenal* son dos elementos que se completan, no dos medicamentos que luchan por su supremacía.

La Sección de Medicina, en su informe anterior, hizo notar: que los 15 casos de paludismo tratados por el *Arrhenal* habían ocurrido en la primavera; llamó la atención acerca de la influencia de dicha estación en el curso y curación de los padecimientos palúdicos y accesionales; y propuso que se dieran las gracias al autor por haber remitido á la Academia su trabajo, y que se

le manifestara la satisfacción con que se recibirían sus nuevas observaciones, hechas en diversas estaciones, con el fin de valorar la acción terapéutica del medicamento en cuestión.

Las investigaciones que ahora comunica el Sr. León, son prueba plena de los fundamentos que tuvo la Sección en el año anterior para emitir sus juicios, confiando á la experimentación sucesiva la resolución del problema planteado, é inspirándose en la doctrina sancionada por la ciencia secular respecto al influjo de las estaciones de primavera, de estío y de otoño en la génesis de las manifestaciones palúdicas, en su curso, en su terminación y en los efectos del tratamiento.

Como consecuencia de trabajos realizados por el Sr. León en las estaciones de verano y de otoño, dicho profesor ha rectificado los juicios que emitió en su primer trabajo; reconociendo la eficacia y superioridad de los preparados químicos en el tratamiento del paludismo, y admitiendo en el *Arrhenal* las acciones reconstituyente y alterante, que la Medicina tradicional ha sancionado en los preparados arsenicales.

En virtud de cuanto queda expuesto, la Sección es de dictamen que se den de nuevo las gracias al Dr. D. Eladio León por su segunda Memoria, y que se lea este informe en sesión pública, como se hizo con el anterior.

Madrid, 26 de Junio de 1903.—*El Presidente y Ponente,* M. Iglesias.—*El Secretario,* Nicolás R. y Abaytúa.»

Continuando el debate pendiente sobre la *herencia paterna de la sífilis,*

El Sr. Hernández Briz manifestó: que este asunto se hallaba en estudio en las Academias extranjeras, y debía dilucidarse también en nuestro país, para resolver si la infección sifilítica podía transmitirse por el padre, sin hallarse contaminada la madre; que en el primer caso clínico, de los contenidos en su comunicación, era evidente la herencia paterna; que han pasado siete años, y los tres embarazos que ha tenido la mujer de que se trata, han llegado á su término, naciendo niños robustos, que se hallan en estado satisfactorio; y que entre los pro-

blemas que surgen de la meditación de estas cuestiones, se halla el que se refiere á la época en que un sifilítico, que se supone curado, puede contraer matrimonio, sin perjuicio para la prole ni para el otro cónyuge.

El Sr. Espina sostuvo que el grupo de los sifilíticos terciarios es el que transmite generalmente la sífilis al nuevo sér; que á dicho grupo corresponden los ateromatosos y fatigados; que la inflamación sifilítica de las arterias *coronarias*, ó sea, *la coronalitis*, es una de las consecuencias de dicha infección; que ha observado más de cien casos de *arritmia sifilítica* de la punta del corazón, fugaz y transitoria; que los niños sifilíticos parecen viejos, y están condenados á muerte en plazo breve; que en la sífilis hereditaria es raro que no se halle afectada la placenta; y que aun en los sujetos que parecen sanos, debe investigarse el estado de las arterias coronarias.

Reanudado el debate sobre tuberculosis,

El Secretario que suscribe dijo:

«Con la brevedad que exige lo avanzado de nuestro curso académico y el estado del debate sobre tuberculosis, á que ha dado motivo la comunicación de nuestro distinguido compañero, el Sr. Espina, acerca del empleo del *cinamato de sosa* en dos casos de *cavernas pulmonares*, cuya cicatrización se alcanzó, por fortuna; voy á exponer algunas ideas, que rectifiquen ó confirmen las que aquí se han expuesto con tanta brillantez por nuestros ilustrados y celosos consocios.

Y como quiera que los apremios del tiempo me han de impedir la amplia discusión de los numerosos problemas que entraña la tuberculosis, verdadero azote de la humanidad, preocupación constante de los Gobiernos, de las Sociedades, de los higienistas y de los médicos especialmente, doy por reproducido cuanto tuve el honor de manifestar en otros debates, y particularmente en los del año 1898, que se hallan consignados en los Anales de la Corporación.

Manteniendo las mismas dudas que expuse en otras ocasiones, respecto al valor patogénico del bacilo de Koch en la génesis de la tuberculosis, no comprendo, aunque sea muy ferviente la pasión por la doctrina parasitaria, que se niegue la

influencia del organismo, de lo que se ha llamado el terreno favorable ó tuberculizable, en el desarrollo de la enfermedad. Basta considerar que el bacilo de Koch nos rodea por todas partes; que rara es la persona que no se somete á su influencia, y, sin embargo, aun siendo la tuberculosis uno de los padecimientos más generalizados, la mayoría de los hombres se libran de padecerla. Además, no debe olvidarse que Tillaux y Petit, en su obra, *Tratamiento de la tisis pulmonar,* aseguran que en dos personas, una de diez y seis y otra de treinta y nueve años, que disfrutaban, al parecer, de salud perfecta, hallaron bacilos en los esputos, casi en la misma proporción que en los tísicos adelantados; y que la existencia en los esputos y en la sangre del bacilo de Koch no es prueba irrecusable de la tuberculosis pulmonar. Además, hay tuberculosis locales, como las del tejido óseo y el lupus, en que apenas se encuentran bacilos, y en la del testículo son rarísimos.

La tuberculosis es pocas veces local ó localizada, y según mi experiencia, en la mayoría de los casos se generaliza, ó ataca los órganos más importantes para la vida, como el pulmón y el cerebro; lo cual es también una prueba del influjo del organismo, pues el principio de la enfermedad se anuncia por fenómenos generales de debilitación y de anemia.

En la terapéutica de la tuberculosis, hay que confesar que no se hallan notables progresos, y que son aplicables los modificadores dietéticos y farmacológicos siempre, y en algunos casos los quirúrgicos.

El aire puro, el clima adecuado, la alimentación conveniente, en una palabra, lo que constituye la base de los actuales Sanatorios, de montaña ó de mar, se usan para el tratamiento de la tuberculosis desde los tiempos de Hipócrates, de Galeno y de Areteo. La experiencia ha puesto fuera de duda el valor de las grandes altitudes y del aire del mar en la génesis, profilaxis y terapéutica de la tuberculosis; pero ya no se sostiene que en las grandes alturas no es posible la tuberculosis, pues en América se ha encontrado en Colorado, á 2.100 metros, y en Europa á 1.600 y 1.800, es decir, donde vive el hombre, porque la tuberculosis es enfermedad *ubiquitaria.* Tampoco se pone

en duda el valor profiláctico y curativo del clima de mar, sobre todo en las tuberculosis de la infancia y de la adolescencia: en las manifestaciones escrofulosas, que, ó se hallan en la esfera de acción de las tuberculosis, ó se encuentran en sus linderos. ¡Cuántas maravillas, qué asombrosas curaciones se han obtenido con el clima de mar, con los Sanatorios y Hospicios marítimos en las tuberculosis óseas y articulares! ¡Cuántas tuberculosis se han evitado en familias de tísicos con el uso prolongado y tenaz del clima y de los baños de mar! No puede, por tanto, ponerse en duda la influencia beneficiosa del clima de montaña y de mar en la profilaxis y terapéutica de la tuberculosis.

Mucho se ha recomendado la sobrealimentación en el tratamiento de la tuberculosis. ¡Pero cuántas dificultades para realizarla en la mayoría de los casos! ¿Quién no ha visto esa *anorexia* invencible de los tuberculosos, que á veces es el correo, el primer síntoma de la enfermedad, y que continúa hasta la terminación de la misma, haciendo cruel y penosa la reparación del organismo? ¿Quién se olvida de la dispepsia tuberculosa y de las localizaciones gastro-intestinales?

No puedo aceptar la proscripción de los modificadores farmacológicos en el tratamiento de la tuberculosis, ni su limitación á determinados medicamentos, ya se forme la indicación de destruir el bacilo, ya la de cambiar las condiciones del organismo, haciéndole impropio para el desarrollo de la enfermedad. Atribuir las perturbaciones del aparato digestivo, que acompañan á las tuberculosis, á los agentes farmacológicos, me parece por todo extremo equivocado: es seguir las inspiraciones del vulgo, que atribuye los progresos de las enfermedades á los medicamentos empleados, y no al estado morboso; olvidando, además, que las tuberculosis afectan al aparato digestivo, ya localizándose en sus órganos, ya alterando de un modo grave su funcionalidad. ¡Cúlpese á la enfermedad, no á los remedios, las perturbaciones digestivas de los tuberculosos, y porque no alcancemos á curar ó á aliviar, no se atribuya á nuestras prescripciones la agravación ó la muerte de nuestros enfermos!

Tampoco deben desdeñarse los medios quirúrgicos, que, aunque menos veces que los higiénicos y los farmacológicos, llenan también indicaciones salvadoras. Aun en la doctrina de la diátesis se admitía que dicha influencia podía agotar su acción, produciendo neoplasias limitadas; y por tal doctrina, hija de la experiencia, se recomendaban los medios quirúrgicos en el tratamiento del cáncer y de la tuberculosis. ¡Con cuánta más razón deberán admitirse los medios quirúrgicos en la época presente, tratándose de la tuberculosis, cuya patogenia se admite que es un bacilo, y cuya localización no puede menos de admitirse!

A lo expuesto limitaré mis consideraciones sobre la tuberculosis, que á pesar del descubrimiento del bacilo de Koch, de las investigaciones que después se han realizado, de los Congresos especiales, de la lucha contra la tuberculosis y de la acción social que contra ella se ejerce, no ha disminuído en la mayoría de las naciones civilizadas. Cuanto se haga por evitarla y por curarla, será poco. Y sírvanos de ejemplo el Imperio alemán, que cuenta en la actualidad con más de 2.000 establecimientos para el tratamiento de la enfermedad, entre Sanatorios públicos y privados, Dispensarios, Colonias, Hospitales de Convalecientes, de crónicos y otras instituciones del mismo carácter. ¡Imitemos tan fecundos y humanitarios ejemplos!»

El Sr. Ortega Morejón (D. Manuel) hizo después uso de la palabra sobre la tuberculosis, considerándola como enfermedad general, incurable casi siempre, y muy difícil de curar en la generalidad de los casos; que exige para su desarrollo lo que se ha llamado hábito ó terreno apropiado; que es hereditaria; y que se creyó incurable hasta que se hallaron en las autopsias cavernas cicatrizadas; no habiendo logrado el arte imitar á la naturaleza en este particular.

Añadió que no se ha logrado encontrar el remedio específico de la mencionada enfermedad; que la medicación atmiátrica va perdiendo todo su prestigio, porque hallándose el pulmón infiltrado de tubérculos, el aire no llega á la mayoría de las vesículas; que estamos rodeados de bacilos tuberculosos, sobre todo en establecimientos como Panticosa, á donde concurre gran número de tísicos; y que es inhumano el declarar oficialmente

tuberculoso á un enfermo, produciéndole grandes sufrimientos morales, y anticipándole la muerte.

Respecto á la terapéutica, opinó que debía tener por base los tónicos, naturales y artificiales; aire, luz, buena alimentación, que no consista sólo en carnes; té, café, vino y licores en proporción moderada; quietud ó ejercicio, según los casos; medicación reconstituyente, como el aceite de hígado de bacalao, amargos, eupépticos, preparados de cal, de creosota y otros; y, en una palabra, cuanto conduzca á conservar ó elevar las fuerzas del organismo, tan necesarias en una enfermedad constitucional, como es la de que se trata.

Continuando el debate sobre el *Origen de la enfermedad de Paget*,

El Sr. Alonso Sañudo declaró: que no había razón para que su origen fuera siempre sifilítico, pudiendo serlo en unos casos y en otros no; que no se observaba hasta después de los cincuenta años; que se la ha asociado al cáncer; que en el 99 por 100 de casos va unida á lesiones mitrales y aórticas; y que es necesario estudiar con más profundidad las lesiones de las neuronas posteriores de la médula, hoy poco conocidas.

Habló después de la *estrechez mitral pura*, tan constante en esta clase de enfermedades; del *infantilismo* ó falta de desarrollo, que puede ser consecuencia de la sífilis, y causa de *estrechez* de los agujeros del corazón, así como de la influencia que el desarrollo vicioso ejerce como agente etiológico.

El Sr. Calvo dijo: que Paget, médico de un hospital de Londres, dió á conocer la enfermedad en cuestión el año de 1877, extrañándose de que no se hubiera descrito anteriormente, y remitiendo los huesos hipertrofiados al director del Museo correspondiente; que aseguró que este padecimiento no se presentaba hasta después de los cincuenta años, y que su terminación era el cáncer.

Recordó que Lannelongue, Lancereaux, Delbet, Robin y Fournier no han admitido el origen heredo-sifilítico de la enfermedad de Paget, en la discusión que se ha realizado últimamente en la Academia de Medicina de París; y que el caso expuesto por el Sr. Codina, que ha dado ocasión á este de-

bate, corresponde á la enfermedad de Parrot, caracterizada especialmente por periostosis.

Transcurrida la hora reglamentaria, y después de acordar la Academia que se suspendan las sesiones literarias, con motivo de lo avanzado de la estación,

El Sr. Presidente (Excmo. Sr. D. José Calvo y Martín) felicitó á los señores Académicos por la brillantez que habían impreso á dichas sesiones, con las cuales cumplía la Academia uno de sus más importantes y transcendentales deberes; dándoles al propio tiempo las gracias más afectuosas por sus comunicaciones y discursos, siempre de verdadero interés.

Después se levantó la sesión.

El Secretario perpetuo,

Manuel Iglesias y Díaz.

ANALES

DE LA

REAL ACADEMIA DE MEDICINA.

TOMO XXIII.—CUADERNO [illegible]

30 DE DICIEMBRE DE 1903

MADRID.

EST. TIP. VIUDA E HIJOS DE M. TELLO,

IMPRESOR DE CÁMARA DE S. M.

C. de San Francisco, 4.

1903

COMISIÓN DE PUBLICACIÓN.

Excmo. é Ilmo. Sr. D. Manuel Iglesias y Díaz, *Presidente.* (San Quintín, 10, principal, izquierda.)

Sr. D. Mariano Carreiero y Moriel. (Torrecilla del Leal, 1?, principal.)

Excmo. é Ilmo. Sr. D. Francisco de Gorbejarena y Aldabe, *Secretario.* (Florín, 8, segundo.)

ANALES

DE

LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA

MEMORIA

DISTINGUIDA CON ACCESIT

EN EL CONCURSO DE PREMIOS DE 1900

SOBRE EL TEMA

INDICACIONES DE LA LAPAROTOMÍA SUPRA-UMBILICAL

ESCRITA POR EL DOCTOR

D. ANTONIO ORTEGA Y JIMÉNEZ

Lema: «Homo sum, et nihil humani a me alienum puto.»
(TERENCIO.)

Antes de exponer las indicaciones de la laparotomía supra-umbilical, hace falta precisar primero qué es lo que entendemos por laparotomía supra-umbilical, pues podrán variar su número y esencia según el concepto que de la misma tengamos formado.

No hemos de extendernos en la discusión y crítica de la mayor ó menor propiedad de la palabra «laparotomía,» porque, á pesar de su manifiesta y demostrada impropiedad, está adoptada por todos los cirujanos, y porque en el lenguaje aún más que en derecho, la costumbre es una ley de hecho, aun cuando no lo sea de derecho.

Solamente diremos que en rigor, como tal, únicamente debía llamarse así la incisión hecha en la región lumbar para la operación de la hernia lumbar, del ano artificial, ó para

descubrir el asiento de una estrangulación interna y remediarla. Definición etimológica de laparotomía de Littré.

Mmencionaremos la tentativa digna de mejor suerte del difunto Académico Dr. Busto al proponer la sustitución del vocablo laparotomía por koiliotomía, cuya propiedad etimológica fué demostrada también por Robert P. Harris, que eligió el mismo radical griego koilia, difiriendo en el vocablo compuesto con él formado, que era coeliotomía, y coincidiendo ambos autores en el resultado obtenido; pues si bien algunos otros (Chalot) citan y proponen la adopción del vocablo de Harris, no han logrado sustituir al impropio de laparotomía, bastando para convencernos de la razón que asistía al Dr. Busto (q. s. g. h.) y á Harris en la elección del radical koilia, citar un escrito de Rufus, de Efeso, en el cual dice que el omphalos es la depresión que ocupa la parte media del koilia.

Hechos estos reparos, vamos á decir lo que entendemos y se entiende hoy por laparotomía supra-umbilical.

Dos criterios pueden adoptarse, como en toda laparotomía: ó se entiende por tal la incisión del abdomen por cima del ombligo, en cualquier punto, con ó sin sección peritoneal, ó sólo se llama así á la abertura del abdomen con sección peritoneal, excluyendo todas las secciones de peritoneo sin incisión del abdomen (intervenciones trans-pleuro-diafragmáticas) y todas las aberturas de pared abdominal sin sección peritoneal (nefrotomías, nefropexias, etc.) Cualquiera de los dos es defendible; pero me inclino á considerar la laparotomía con este segundo criterio, por estar más conforme con la realidad el considerar como laparotomía á la abertura peritoneal, previa la incisión de las paredes abdominales; y así como no se conceptúa como laparotomía una talla hipogástrica, yo no considero como laparotomía supra-umbilical una intervención intra-abdominal trans-diafragmática, ni un raspado de la segunda vértebra lumbar (cara anterior), ni una intervención costo-lumbar, sobre riñón, etc., quedándome sólo de este órgano con la nefrectomía trans-peritoneal.

Con esto queda limitada, á mi juicio de un modo lógico, la extensión del tema, pues como antes decía (y esto se compren-

de sin aducir razón alguna en su apoyo), del concepto que tengamos de lo que por laparotomía supra-umbilical debe entenderse, dependerá el número y clase de las indicaciones que tal intervención pueda tener.

De paso, con esto hemos logrado casi la circunscripción posible del tema dentro de nuestro modo de ver este asunto, quedándonos para limitarlo por completo tan sólo algunas reflexiones sobre el valor del vocablo supra-umbilical.

A primera vista, parece ocioso esto; pero meditando un poco, se verá que no lo es, y la importancia que tiene precisar lo que se quiere expresar con esta palabra; pues si con ella se pretende abarcar con un criterio clínico más que topográfico todas las intervenciones intra-abdominales realizadas de la depresión umbilical para arriba, para separarlas de las infraumbilicales, siendo tal depresión un simple punto de referencia que en unas y en otras puede ser comprendido en muchos casos, las indicaciones serán otras que si, contra lo que creo, la palabra tiene un valor regional topográfico, y se dividen las laparotomías en las tres secciones topográficas supra, meso é infra, pues entonces las indicaciones serían más restringidas. Pero la realidad de los hechos clínicos nos enseña que en la inmensa mayoría de las intervenciones supra-umbilicales son inútiles los tres primeros centímetros de incisión, á contar del apéndice xifoides, para los fines operatorios, lo cual limita mucho la región útil, si adoptásemos el criterio topográfico, y, en cambio, en las mismas intervenciones todas ellas llegan al ombligo, y en muchas hay precisión de costearlo para poder realizar sus fines: todas estas razones me hacen adoptar este criterio por práctico, por clínico y por estar más conforme con los hechos. Así, creo que al decirse indicaciones de la laparotomía supra-umbilical, se piden las que reclamen la abertura de las paredes abdominales y del peritoneo por cima de la depresión umbilical, medias laterales ó transversas, aun cuando lleguen ó costeen dicha depresión umbilical.

Siendo infra umbilicales las que, tomando como punto de partida el ombligo, seccionen la pared abdominal y el peritoneo por bajo de dicha depresión hasta el pubis, de las cuales la

mayoría están bajo el dominio del ginecólogo, no considerando como laparotomía infra-umbilical la sección vaginal del peritoneo ni la talla hipogástrica, aun cuando en ésta por accidente se pueda seccionar el peritoneo, en cuyo caso será laparotomía accidental; conforme no entiendo como supra-umbilical ni la sección peritoneal trans-pleuro-diafragmática, ni la incisión lumbar para intervenciones sobre el riñón; y en uno y en otro grupo, ni la extra-peritoneal, ni las intervenciones por el método llamado subperitoneal.

Limitado según mi modo de ver y con un criterio que, si no científico, por lo menos es lógico y está de acuerdo con la realidad de las cosas, procede á mi juicio pasar al estudio topográfico ligero de lo que, por estar alojado por cima de la depresión umbilical en la cavidad del abdomen, normalmente pueda ser objeto de intervención, pues lo que pudiera estarlo anormal ó accidentalmente se indicará al final de este trabajo, cuando pueda ser fuente de indicación de una laparotomía supra-umbilical.

Después pasaremos, sin hacer gran hincapié en su discusión, á clasificar las laparotomíassupra-umbilicales, mejor dicho, aplicaremos la que mejor nos parezca de las laparotomías en general, para en seguida proceder á examinar las indicaciones de la intervención que nos ocupa, dando por cierto lo que está bien comprobado, y por dudoso lo que así sea ó esté en estudio; exponer nuestra humilde opinión donde la hayamos formado, y la ajena más aceptada ó autorizada cuando no la tengamos propia.

No vamos á describir, pues sería distraernos de nuestro objeto, la anatomía topográfica de la porción supra-umbilical del abdomen y cavidad; creemos preferible aquí tan sólo exponer las particularidades anatómicas aplicables ó dignas de tenerse en cuenta en esta clase de intervenciones, referentes principalmente á la pared abdominal y á la estática normal y aun patológica de su contenido; dejando los detalles para cuando, al hablar de los órganos fuente de las indicaciones de la laparotomía como acto preliminar, sean éstos precisos para comprender ó realizar dicho acto operatorio consecutivo á la laparotomía.

La cavidad abdominal comprende desde la cara inferior del diafragma al reborde de la pelvis menor; se limita por delante y por los lados por las paredes que forman los músculos rectos, oblicuos externo é interno y transversos, y unas veces el piramidal y otras los piramidales cuando hay más de uno, con las aponeurosis y tegumentos, y por detrás por las vértebras y músculos lumbares. Por arriba por los cartílagos de las costillas falsas, y por abajo por las crestas iliacas y el pubis, no siendo la pelvis más que la parte más baja del abdomen, y su separación de él arbitraria.

El aspecto exterior del abdomen y su prominencia varía con la edad y el desarrollo del individuo. En los niños pequeños es muy prominente por la pequeñez relativa de su excavación pelviana; así que en ellos la vejiga y la parte superior del recto están alojados en la parte inferior de la cavidad abdominal, en tanto que el hígado, relativamente en estas edades muy voluminoso, llena toda la parte superior de esta cavidad y por completo recubre el estómago.

En el adulto bien desarrollado la superficie del abdomen es irregular, por los abultamientos y depresiones correspondientes á los manojos carnosos musculares aquéllos, y á las intersecciones tendinosas y aponeuróticas éstas.

Las depresiones más visibles son el surco medio, que se extiende del cartílago xifoides á un punto intermedio entre el ombligo y el borde del pubis, y los laterales derecho é izquierdo, que forman una curva ligera que parte del décimo cartílago intercostal y sigue el borde externo del recto mayor del abdomen de cada lado. El surco medio corresponde á la línea blanca que está por bajo de él, y los laterales á las líneas semilunares. Estando el cuerpo derecho, forman los músculos rectos masas uniformes alojadas entre estos surcos; pero al inclinarse el tronco hacia adelante ó hacia atrás por la contracción de estos músculos, se producen en cada lado tres surcos transversales, el superior al nivel del cartílago de la octava costilla, el inferior al nivel del ombligo, y el medio equidistante é intermedio de estos dos.

La piel de la pared anterior del abdomen es más adherente

á las partes profundas en la línea media que en los demás puntos, siendo la menos adherente la de las regiones ilio-inguinales, y la más fina y delgada la que está situada por cima del ombligo.

El ombligo, nuestro punto de referencia límite inferior, es la cicatriz resultante de la obliteración del cordón umbilical en el momento del nacimiento; está constituído por un anillo fibroso unido con la línea blanca, y resultado de la fusión en este punto de la piel, aponeurosis y del peritoneo. Esta depresión es pequeña y superficial en el hombre, ancha y profunda en la mujer. En ambos sexos y en todas edades es más consistente en su mitad inferior, á consecuencia de la reunión en ésta de los cordones formados por la obliteración de las arterias del uraco y de la vena umbilical.

En el adulto y en posición vertical está situado el ombligo más ó menos al nivel del disco que separa el cuerpo de la tercera y cuarta vértebras lumbares, ó mejor al nivel del vértice de la apófisis espinosa de la tercera vértebra lumbar. Claro es que esto varía algo con la firmeza ó relajación de la pared abdominal. El ombligo está siempre por debajo de la mitad de la línea que une el apéndice xifoides al pubis; diremos, por último, que en los dos sexos se encuentra cerca de dos centímetros por cima de una línea transversal al abdomen que pasara por los puntos más elevados de las crestas iliacas; el otro punto, ó sea el cartílago ensiforme, está profundamente situado en el hueco que separa los cartílagos de las séptimas costillas: este hueco que existe siempre es el *scrobiculus cordis* de los antiguos, hueco ó boca del estómago, epigastrio, donde comienza la región de este nombre.

Los vasos de la pared abdominal provienen de las arterias superficiales de pequeño calibre, de la epigástrica superior hija de la mamaria interna, y de ramillos nacidos de la epigástrica superficial y circunfleja iliaca, hijas de la iliaca externa.

Las venas superficiales por su cara anterior se ven á menudo á través de la piel; y las supra-umbilicales desaguan en las axilas, y las infra-umbilicales en la safena interna, comunicando entre sí y con las venas satélites de las arterias profundas.

Cuando está dificultada la circulación de la cara inferior, se distingue en las partes laterales una vena que une la axilar con la femoral, llamada vena lateral del abdomen, que presenta la particularidad de estar provista de válvulas y conducir la sangre de sus afluentes supra-umbilicales á la axilar, y á la femoral las de las infra-umbilicales.

Los linfáticos siguen generalmente la dirección de las venas; así es que los supra-umbilicales desaguan en los ganglios axilares, y en los inguinales los infra-umbilicales. Los linfáticos profundos probablemente comunican con los ganglios del mediastino.

Separando la fascia de la aponeurosis del oblicuo externo, aparecen dos filas de nervios cutáneos acompañados por pequeñas arterias perforantes, hijas de la epigástrica, de la intercostal inferior y de las lumbares; dos nervios cutáneos anteriores en cada lado emergen de las vainas de los músculos rectos cerca de las líneas semilunares, siendo estas ramas en la región supra-umbilical que nos ocupa del séptimo, octavo, noveno, décimo y undécimo nervios intercostales ó dorsales. Los nervios cutáneos laterales emergen de los lados y se dirigen paralelos oblicuamente de arriba abajo y adelante hacia la línea alba, siguiendo líneas que prolongan la dirección de las costillas y son ramos suministrados por los siete pares dorsales inferiores y los dos lumbares superiores, y se distribuyen, á la vez que sobre los tegumentos, sobre los músculos; asociación práctica muy importante y digna de tenerse en cuenta, pues así se realiza la protección de las vísceras abdominales, que una rápida contracción de los músculos puede dar en caso de exposición súbita al frío, contusión, etc. Y además de que siendo los nervios abdominales prolongaciones de los que animan los músculos intercostales inferiores, se comprende la íntima relación que existe con los movimientos respiratorios; como asimismo que dado el origen de estos nervios, se explican algunos puntos obscuros de las afecciones medulares y el por qué de la constricción abdominal observada en el mal de Lott y de los dolores en la región umbilical que á veces se observan en los niños que padecen esta enfermedad, pudiendo determinarse por el es-

tudio de los síntomas y la zona cutánea dolorosa el punto donde radica la caries de la espina dorsal. La piel del epigastrio está inervada por el sexto y séptimo nervios intercostales, y la del ombligo por el noveno y décimo.

Ofrecen particularidades dignas de mención las áreas de distribución de los nervios sensitivos de la pared anterior del abdomen, pues los nervios espinales que las originan contribuyen también á la inervación de las vísceras abdominales por intermedio de los ramillos que los siete nervios intercostales inferiores envían á los ganglios torácicos correspondientes del gran simpático, de los cuales nacen los nervios espláCnicos mayor y menor, pues los cordones lumbares del gran simpático que comunican los nervios espinales lumbares se distribuyen paralelos con las vísceras pelvianas, aunque ellos estén situados en el abdomen; y este hecho de que la cadena ganglionar simpática atraviese el abdomen sin enviar directamente ramos á las vísceras abdominales, las cuales reciben indirectamente su inervación por los esplácnicos nacidos en el tórax, muestra la relación que existe entre ambas cavidades y el por qué en la peritonitis aguda, por ejemplo, estén contraídos los músculos abdominales, mientras que la presión más ligera sobre el abdomen resulte intolerable, y el por qué en estos casos la respiración sea completamente torácica y pueda de este modo la naturaleza asegurar el reposo de los órganos inflamados. Esto sin entrar en otra clase de reflexiones; pero de todos modos, se ve otra nueva relación de conexión entre ambas cavidades, que quién sabe si pudiera darnos explicación de algunas cosas todavía ignoradas, pero se ve que si en lo patológico hay relaciones íntimas (pleura y peritoneo, etc.), en el anatómico hay conexiones nerviosas de todo género, capaces, si no de explicarnos, por lo menos hacernos comprender algunas repercusiones torácicas de cosas abdominales, pues no son éstas solas las conexiones nerviosas ni la unidad de origen de inervación de estas dos cavidades, pues existen además las simpáticas y las del pneumogástrico, etc., etc.

Con esto; con indicar que en la parte lateral del abdomen los músculos forman tres capas superpuestas en cada lado, cons-

tituídas por el oblicuo externo ó descendente, interno ó ascendente y transverso, cuyas aponeurosis son muy consistentes hacia adelante y dispuestas de modo que forman vainas á los rectos que se extienden de cada lado de la línea media desde el esternón al pubis; que la línea blanca formada por las intersecciones de estas aponeurosis separa los rectos que la atraviesan muy pocos vasos, y que es el sitio de elección quirúrgica para las laparotomías medias, tanto supra como infra-umbilicales, queda dicho lo más importante respecto á pared abdominal que pueda sernos útil, indicando tan sólo lo variable que es el espesor de la misma, desde un centímetro á veces escaso en sujetos muy delgados, hasta ocho y más en los obesos, cuyo espesor suele estar aumentado en éstos por la grasa subperitoneal, dificultando mucho algunas intervenciones por la profundidad y verdadera dificultad que esto supone en intervenciones sobre órganos ya de suyo de difícil acceso (colédoco, páncreas, cara cóncava del hígado, etc., etc.)

Otra particularidad de la línea blanca en la región que nos ocupa es ser mucho más ancha que en la infra-umbilical, donde viene á ser casi un intersticio muscular, y consignar que á veces la línea blanca tiene orificios que dan paso á grasa subperitoneal, por los errores á que pudiera dar origen interpretando como epiplóica ésta, y la línea blanca adelgazada por peritoneo.

Una vez incindidas las paredes del abdomen nos encontramos con el peritoneo, del cual diremos que, conforme con su disposición anatómica, es menos delicado por su cara externa que por la cavitaria, como lo demuestran la diferencia de gravedad de las supuraciones de su cara parietal á las reacciones que el contacto del pus determina en su cara intra abdominal; que muchas veces se halla adherida la hoja parietal á las paredes, y que siempre ó casi siempre lo está normalmente más á la línea media que en las partes laterales.

Con esto, y con hacer constar que el peritoneo constituye en sus numerosos repliegues una membrana serosa con una hoja parietal y otra visceral; que los repliegues que van del peritoneo parietal á las vísceras intestinales se los llama mesos, y el

nombre del intestino correspondiente (meso-colon = meso-recto = mesenterio), y los que unen las demás vísceras á las paredes abdominales se las llama ligamentos, y que cuando los repliegues que pasan de una víscera á otra son dobles se les llama omentos (epiploones), y que forma en el hombre esta serosa un saco completamente cerrado, con esto está dicho lo general más importante de dicha membrana. Relativamente á la región que nos ocupa, ó sea á partir del ombligo, diremos que siguiendo hacia arriba el peritoneo parietal, le vemos revestir la cara inferior del diafragma; que de allí desciende hacia el hígado hasta llegar á su cara superior; sigue por su borde anterior y parte anterior de la cara inferior; que se extiende de la cisura transversal del hígado á la curvadura menor del estómago, formando la hojilla anterior del epiploon menor; continúa sobre la cara anterior del estómago, hasta su borde convexo, y desde allí se dirige abajo en un trayecto más ó menos largo, formando la hoja exterior del epiploon mayor; se refleja sobre sí mismo y sube á confundirse con el meso-colon transverso; desde aquí sigue hacia arriba sobre el páncreas y la pared posterior del abdomen hasta la parte posterior de la cara inferior del hígado; desde aquí y á nivel de la cisura transversal de este órgano, se refleja sobre el estómago, formando la hojilla posterior del epiploon menor; pasa sobre la pared posterior del estómago hasta su borde convexo, donde forma la hoja interna del gran epiploon, y vuelve de nuevo á confundirse con el meso-colon transverso.

Una vez incindido el peritoneo parietal, se halla abierta la gran cavidad abdominal, que es más exterior que la pequeña llamada cavidad menor, posterior ó de los epiploones, que se puede insuflar desde el punto de comunicación de una y otra, ó sea el hiatus de Winslow, estando formada esta cavidad por las dos hojillas del epiploon mayor ó epiploon gastro-cólico.

Además de éste, extendido desde el borde convexo del estómago con longitud variable hasta el colon transverso, merecen citarse el menor ó gastro-hepático que va desde el surco transversal del hígado al borde convexo del estómago (corvadura menor), entre cuyas hojas están la vena porta, arteria hepática, nervios que van á distribuirse por el hígado, conducto he-

pático y vasos linfáticos que le acompañan, envueltos todos estos órganos en una cápsula de tejido celular laxo llamada cápsula de Glison.

El gastro-esplénico puede considerarse como una prolongación superior del omento mayor, y recubre los vasos cortos (vasabrevia) nacidos de la arteria esplénica al nivel de la cara cóncava del bazo para distribuirse por el fondo mayor del estómago. El bazo está también revestido por una prolongación del peritoneo parietal que al nivel del hilio del mismo forma repliegues que unen esta víscera al diafragma, y que se llaman ligamentos freno-esplénico y esplénico posterior, de los cuales el primero conduce la arteria y vena esplénicas.

También debemos describir, por pertenecer al plano supra-umbilical, la inserción del mesenterio en el lado izquierdo del cuerpo de la segunda vértebra lumbar, siendo así que el plano supra-umbilical está limitado en el adulto por el disco que separa la tercera de la cuarta; tan es así, que en algunas intervenciones supra-umbilicales sirve esta inserción de punto de referencia para buscar las primeras porciones del yeyuno (gastro-entero-anostómosis retro-cólica posterior de Roux). Este repliegue peritoneal, de forma de abanico, va desde su inserción (segunda vértebra lumbar) á la sínfisis sacro-iliaca derecha y contiene grasa, linfáticos, y entre sus hojas los vasos mesentéricos, arteriales, venosos y linfáticos, teniendo á veces hendiduras que pueden determinar estrangulaciones intestinales. El mesocolon transverso es otro repliegue peritoneal, límite con el que nos podemos encontrar en las intervenciones supra-umbilicales: ata el colon transverso á la pared posterior del abdomen, y en parte separa el estómago, hígado y bazo de las circunvoluciones del intestino delgado; entre sus hojas se ramifica la arteria cólica media, y se inserta en la cara abdominal de la undécima costilla por un repliegue llamado pleuro-cólico.

Los ascendente y descendente (mesocolon) revisten respectivamente las porciones derecha é izquierda del colon, del cual cubren la cara anterior y las laterales, y en la región lumbar, una gran parte del intestino grueso reposa directamente sobre la aponeurosis lumbar sin revestimiento peritoneal alguno. Por

esta razón se ha indicado como sitio de elección para la colotomía, para el establecimiento de un ano artificial, y en los casos de estrechez rectal, sin tener que interesar el peritoneo; de lo cual resulta que, según nuestro criterio, la verdadera laparotomía, según el razonado criterio etimológico de Littré, es la que no cabe hoy considerar como laparotomía.

Y vamos ahora á dar una idea de cómo aparecen los órganos contenidos en la región supra-umbilical, una vez levantada la pared anterior del abdomen, para que nos podamos dar cuenta de sus relaciones *in situ*. Cuando el cuerpo está en decúbito supino horizontal, por debajo de los cartílagos de las costillas del lado derecho se halla en estado normal el borde anterior del hígado, cortante y delgado, haciendo el fondo de la vesícula biliar prominencia por bajo de él á nivel del noveno cartílago costal. Por el lado izquierdo debajo de los cartílagos costales se halla el estómago en contacto con el diafragma, y cubierto en gran parte por el lóbulo izquierdo del hígado; de la curvadura mayor del estómago pende el epiploon mayor colgando como un delantal; éste oculta todas las demás partes subyacentes, salvo algunas circunvoluciones del yeyuno de la fosa iliaca izquierda, pero fuera de la zona supra-umbilical que nos ocupa. Si se atrae el hígado hacia arriba y adelante, se descubre el epiploon menor, que, como hemos visto, se extiende desde la cara inferior del hígado á la curvadura menor del estómago. Si se pasa sobre éste un dedo hacia la derecha entre la vesícula biliar y la extremidad pilórica del estómago, se penetra en un orificio que se dirige hacia la izquierda, ó sea el hiatus de Winslow, punto de comunicación de la gran cavidad peritoneal con la pequeña posterior ó de los epiploones. Este punto está limitado por arriba por el hígado, y por debajo por el duodeno. Levantado hacia arriba el epiploon mayor y casi cerca de la línea límite supra-umbilical, se ve que su cara profunda está recorrida de derecha á izquierda por la porción transversal del colon; y siguiendo este trayecto hacia la derecha, se llega al ángulo hepático del colon, desde donde se dirige bruscamente hacia abajo á la fosa iliáca derecha, donde toma el nombre de ciego; y como el intestino grueso comienza en éste, se compren-

de con cuánta razón lo denominaban los antiguos *cæcum caput coli*, denominación que no debiera haberse abandonado por lo exacta y gráfica.

En el cadáver, el ángulo hepático del colon está teñido de bilis por sus íntimas conexiones con la vesícula biliar. Como el yeyuno ocupa casi siempre las regiones lumbar é iliaca izquierdas, y el íleon las lumbar é iliaca derechas, sólo las primeras porciones del yeyuno, cerca de la inserción mesentérica, y el duodeno de los intestinos delgados, están en la región supra-umbilical con los ángulos hepático y espléuico del colon transverso y éste del intestino grueso, además del hígado, páncreas, estómago y bazo, de las vísceras intra-peritoneales y de las cápsulas supra-renales y riñón de las extra-peritoneales. Esto en el estado normal, pues en el patológico los cambios son la regla; y así, sólo por la razón de peso, en un cáncer del píloro puede sentirse éste al nivel y aun por debajo del ombligo, como el bazo puede estar en la fosa iliaca derecha.

El estómago en estado normal sólo en una pequeña parte de su cara anterior se halla en contacto con la cara anterior del abdomen por debajo y á la izquierda del apéndice xifoides. Cuando está vacuo, se encuentra á alguna distancia de la pared, y cuando está distendido, es transportado hacia adelante por la rotación de la gran curvadura, limitada por la fijeza de la curvadura menor; si está muy distendido (insuflación diagnóstica, ya sea ó no líquida), experimental ó patológicamente (dilatación ó distensión pilórica), desaparece el hueco epigástrico, el colon transverso é intestinos delgados están rechazados hacia abajo del ombligo y el hígado contra el diafragma, llegando á veces á dificultar los movimientos del corazón en el pericardio. Cosa digna de tenerse en cuenta es que al laparotomizar por indicaciones de gastrotomía ó gastrostomía, se encuentra el estómago muy pequeño y oculto casi en totalidad por el lóbulo izquierdo del hígado y cartílagos costales, estando ocupado su sitio normal por el colon transverso, lo que pudiera inducir á error, si éste está muy dilatado, si no se tuviera este hecho en cuenta y no fuera fácil la distinción de éste por las franjas epiplóicas y las cintas cólicas.

La cara posterior del estómago descansa sobre el bazo, páncreas, epiploon gastro-esplénico y el mesocolon transverso, disposición muy digna de tenerse en cuenta para la técnica de la gastro-yeyunostomía posterior en Y de Roux transmesocólica. Levantados estos repliegues peritoneales, se ven la cara posterior del estómago y los órganos subyacentes. En la curvadura menor, se anastomosa la gástrica con la pilórica superior (hija de la hepática), formando la coronaria estomáquica á nivel del cardias; penetran en las paredes del estómago ramillos de los pneumo-gástricos por su borde cóncavo, razón por la cual en el sujeto acostado en posición supina y lleno su estómago de alimentos no digeridos, pueden estar irritando los filamentos de estos ramitos nerviosos y producir los fenómenos dolorosos de la indigestión. Levantando el estómago hacia arriba se ponen al descubierto el páncreas y el bazo. El primero es una glándula de color gris rosáceo, colocada detrás del estómago y que se dirige casi transversalmente de derecha á izquierda desde la concavidad del duodeno al ilio del bazo, debajo del tronco celiaco y encima de la arteria y vena mesentéricas superiores al nivel de la primera vértebra lumbar. De forma irregular, se le divide en tres porciones: cabeza, cuerpo y cola; la cabeza unida á la curvadura del duodeno, de la que está separado por las arterias pancreático duodenales superior é inferior; algunas veces existe una prolongación de esta parte como lobulación de ella, que se llama páncreas menor ó pequeño páncreas; el cuerpo está recubierto por la hoja posterior del mesocolon transverso, y descansa sobre la aorta, el pilar izquierdo del diafragma y cápsula supra-renal izquierda. La arteria y vena mesentéricas superiores salen por debajo del cuerpo del páncreas y pasan sobre la porción transversal del duodeno, disposición que conviene saber, pues pueden ser heridas en las pilorectomías por cáncer que á veces suele infiltrar la cabeza de páncreas y duodeno, por la posibilidad de herirlas, dado su calibre relativamente considerable, por lo que conviene estar preparado, sin que por otro lado tenga esto más importancia que lo difícil que suele ser la hemostasia en esta región y á estas profundidades, como he tenido ocasión de observar en una intervención de esta

clase por mí presenciada, donde fué herida la vena mesentérica superior, pues hubo necesidad de resecar parte de cabeza de páncreas, píloro y parte de duodeno. La cola del páncreas llega hasta el ilio del bazo, y está situada sobre el riñón izquierdo y vasos renales correspondientes.

Toda la glándula está situada detrás del peritoneo, y desde la cola su conducto escretor (conducto pancreático) recibe los conductillos de los acini-lobulares que se unen á él en ángulo recto; cuando existe, recibe el del pequeño páncreas en la cabeza, y encorvándose hacia abajo llega á las paredes de la porción descendente del duodeno, donde se pone en relación con el conducto colédoco y concurre á las función digestivas que les son anejas, muy análogas á las de las glándulas salivares, la del páncreas.

Su Patología, hasta ahora muy obscura, ha hecho que pasaran desapercibidas sus afecciones, debiéndose á la Cirugía el quese conozcan algunas enfermedades propias halladas casi siempre por error de diagnóstico, en espera de que en lo sucesivo se lleguen á diagnosticar sus lesiones; ya hoy se han hecho intervenciones parciales sobre él, todas muy delicadas, como se comprende vistas sus relaciones y su sitio, ya por causa tumoral (cáncer), ya degeneraciones mejor que inflamaciones crónicas, habiendo dado en estos últimos casos bastantes éxitos la intervención sobre esta víscera.

El bazo, cuya situación hemos indicado ya, tiene un color obscuro, de consistencia normal esponjosa, y su eje mayor (pues tiene una forma elipsoidea) coincide con el de la décima costilla; su cara externa costal es lisa y convexa, y la interna cóncava, atravesada por una fisura vertical (hilio del bazo), y está unido con el estómago y diafragma por repliegues peritoneales ya descritos (ligamentos gastro-esplénicos y esplénico posterior), y por dicho hilio entran y salen los vasos esplénicos; terminaremos diciendo que son características de esta víscera en estado normal las escotaduras de su borde anterior, siendo casi diagnósticas su desaparición y su presencia, y que, con el tymo y cuerpo tiroides, forma en la clase de glándulas que no tienen conducto excretór, no estando bien dilucidadas sus funciones,

sabiéndose únicamente que no es órgano esencial para la vida.

El duodeno, así como las vías biliares, se describirán al tratar de las intervenciones sobre estos órganos, que precisan como preliminar una laparotomía supra-umbilical. Con esto terminamos este ligero memento anatómico que juzgamos indispensable, pasando á clasificar las laparotomías supra-umbilicales.

En ésta, como en toda laparotomía, tres casos pueden presentarse: 1.°, no hay diagnóstico, ó se ha hecho sólo el de sitio ó naturaleza, ó no se tiene seguridad en el que se ha formado: entonces, si se resuelve sólo el problema diagnóstico, se habrá hecho una exploradora *a priori* y *a fortiori;* si teniendo diagnóstico aproximado ó incompleto, no se puede pasar en la intervención de la incisión abdómino-peritoneal, resultará también exploradora; pero solo *a fortiori*, pues se quiso hacer *a priori* una preliminar de otra intervención, la cual no se pudo realizar. Si, aclaradas las dudas diagnósticas, se ve que la laparotomía por sí puede resolver el problema quirúrgico curativo, entonces será ésta la operación final; y si el diagnóstico hecho después de la laparotomía indica otra intervención curativa de la enfermedad, por lo limitado de las lesiones ó por su naturaleza sobre cualquier víscera, en este caso la laparotomía será preliminar de otra intervención.

He citado esta primera categoría de hechos, para que se vea cómo, aun siendo casos en que se admiten por algunos como fuentes de la laparotomía exploradora, se advierta cómo no es así, pues á no calificarse de tal *a priori* por el cirujano, apenas si tiene otra razón en su apoyo; y como, á pesar de los adelantos realizados en la cirugía de la cavidad abdominal, es lo más frecuente que el operador se halle en presencia de los dos últimos postulados de esta primera categoría, de ahí el que *a priori* ó tenga muchas ó no tenga casi ninguna indicación esta clase de laparotomías, según el criterio que se adopte. Pues con cuanta frecuencia como hemos visto exploradoras *a priori*, son preliminares de otra intervención visceral; otras son finales, curativas ó definitivas, y otras son preliminares *a fortiori* por imposibilidad de seguir adelante.

La segunda categoría, ó sea cuando se lleva un diagnóstico

exacto de sitio y naturaleza (casos que si bien hoy abundan más que antes, no suelen ser la mayoría), entonces, ó sólo se pretende ejecutar la laparotomía final, hacer una exploración profunda (exploradora, diagnóstica), ó intervenir sobre algún órgano intra-abdominal (preliminar de dicha intervención).

Otra tercera categoría corresponde á la laparotomía que resulta á pesar del cirujano, por ejemplo, cuando se incide el peritoneo en la coledocotomía posterior ó lumbar de Tuffier, pues en este caso se hace una laparotomía accidental supra-umbilical, de la misma manera que cuando se incinde el peritoneo en la talla hipogástrica, se realiza una laparotomía accidental infra-umbilical. De todo esto se infiere que más que *a priori* las laparotomías pueden clasificarse, y de hecho se clasifican, *a posteriori;* y dado nuestra opinión acerca de laparotomía, y sin entrar á discutir opiniones, se ve que no es el mismo criterio el de Albert que el de Chalot, y por eso sus clasificaciones varían, no siendo, sobre todo en lo referente á las exploradoras (sello característico de la primera etapa de la cirugía abdominal que alcanza á nuestros días), idéntico su criterio ni el de todos los cirujanos.

Nosotros, respecto á este punto y *a posteriori*, aceptamos la opinión y clasificación expuestas y defendidas por el Dr. Ribera, y así admitimos cuatro grupos de laparotomías: 1.°, exploradoras; 2.°, finales ó definitivas; 3.°, preliminares de una operación visceral posible ó *a fortiori* limitadas al acto de laparotomía, por imposibilidad de la intervención visceral; y 4.°, accidentales.

Y bajo el punto de vista práctico, podemos limitar todavía más dividiéndolas en laparotomías simples, cuando este acto solo basta, y á lo sumo se despega una adherencia, se hace un desagüe peritoneal, se ventila el abdomen, ó se extrae para su análisis un trozo de tejido (exploradora, final, diagnóstica, paliativa, etc.), y preliminares de otra intervención visceral.

Pero aparte del fin resuelto por esta clase de intervenciones é independientemente del problema indicante final clínico, cabe otra división técnica (si se nos permite la frase) de la laparotomía supra-umbilical por su forma y por el sitio donde se prac-

tique la sección abdómino-peritoneal; y así tendremos la incisión recta, curva, en L, en T, en S, en L invertida, en H, y por el sitio, en media—lateral,—transversal y oblicua, y por la forma de hacerse en uno ó en dos tiempos, simple ó combinada con otro acto quirúrgico, como, por ejemplo, sección de bóveda costal para aumento de campo en ciertas intervenciones sobre el hígado.

Sentados estos preliminares necesarios para la más clara comprensión de lo que subsigue, vamos á tratar de las indicaciones que en el estado actual de la ciencia hacen precisa una laparotomía supra-umbilical.

Dos criterios pueden adoptarse al tratar de dar forma á este asunto: ó se determinan las indicaciones de cada clase de laparatomía supra-umbilical, ejemplo, un capítulo de indicaciones de la media, etc., etc., ó se pasa revista á las enfermedades cuyas lesiones radiquen en la región supra-umbilical é indiquen una intervención laparotómica. Me inclino por el segundo, por varias razones que pueden resumirse en una fundamental: el que éste es el clínico-terapéutico, y por ello preferible, aparte de estar en consonancia con el enunciado del tema, en el cual lo fundamental es clínico-terapéutico, indicaciones de la laparotomía, siendo lo accesorio y de carácter de mera limitación lo regional ó de sitio, supra-umbilical; teniendo además este criterio la ventaja del orden y unidad no despreciables en un trabajo de exposición científica, y el evitar repeticiones; esto sin contar con que una misma indicación puede ser llevada por dos distintos caminos, y siempre se subordina el sitio á la indicación, y no la indicación al sitio.

Claro es que estableceremos un orden dentro de las enfermedades fuente de indicaciones dentro de cada órgano; y respecto al de éstos, empezaremos por el peritoneo y sus dependencias, después el hígado y vías biliares, siguiendo el estómago, duodeno, yeyuno y páncreas, para terminar con el bazo y colon transverso, con sus ángulos hepático y esplénico. Que como división no es defendible, lo sabemos: ninguna cosa artificial lo es en la naturaleza; pero creemos que es la menos mala y la que dentro del tema puede evitarnos más repeticiones, pues bastantes

tendrá que haber á pesar de que pongamos el mayor cuidado en evitarlas, habiendo ocasiones en que, por tratarse de intervenciones realizadas á distancia del órgano enfermo y propuestas para su modificación, se realizan sobre otro órgano con el conexionado: por ejemplo, la llamada desviación quirúrgica de la vena porta, operación realizada haciendo una incisión subperitoneal parietal del omento para curar ó paliar los trastornos circulatorios de la cirrosis bivenosa. En casos como éste, por la intervención debemos de incluirle en el capítulo del peritoneo y sus anejos, pues sobre él se realiza todo el acto operatorio modificador de la afección hepática *et sic de cœteris*. Solamente nos apartaremos de este criterio, y haremos al final un estudio de conjunto de los traumatismos de la región supra-umbilical que por la multiplicidad de sus lesiones lo requieran: por ejemplo, heridas por armas de fuego; y tanto en éstas como en los traumatismos su estudio general de las indicaciones de la intervención ó de la abstención, porque entendemos que es más clínico, y por ende cae dentro del sentido que informa el tema y para evitarnos repeticiones; sin que por ello y dentro de cada órgano dejemos de formular las indicaciones á que el traumatismo de cada uno pueda dar origen.

Peritoneo y anejos.—Sólo las inflamaciones circunscritas ó enquistadas de esta serosa podrán ser fuente de intervención de una laparotomía supra-umbilical, y el sitio estará indicado por el de la inflamación: así será la incisión lateral, llamada parahepática en las perihepatitis supuradas, lateral izquierda ó paraesplénica en las periesplenitis, teniendo cuidado en estas laparotomías de asegurar el más amplio desagüe y de no generalizar la infección, para lo que se respetarán las adherencias formadas, y se dejará abierta y sin suturar la herida, hecha siempre sobre el plastrón inflamatorio y en la parte más prominente. Aparte de estas infecciones circunscritas del peritoneo, que siendo verdaderos abscesos se les trata como tales, la única forma de infección tuberculosa peritoneal que puede ser fuente de indicación de una laparotomía supra-umbilical es la perihepática, la mayor parte de las veces consecutiva á una tuberculosis del hígado, aunque hay una observación de Cau-

sin, en la cual existía tuberculosis peritoneal perihepática sin lesión del hígado, citando esta forma, aunque excepcional, para que resulte completo este trabajo; pues aparte de esto, en la inmensa mayoría de tuberculosis peritoneal en cualquiera de sus formas ascítica, úlcero-caseosa ó fibro-adherente, aguda ó crónica, casi siempre para su tratamiento se indica la laparotomía media infra-umbilical.

Con esto, acerca del peritoneo sólo nos quedan algunos cánceres circunscritos, siendo raro que asienten en él primitivamente, y cuando lo comprenden es por propagación de órganos viscerales vecinos, por más que yo haya observado algún caso de cáncer epiplóico. Como apéndice de tumores y aun protestando de tamaña impropiedad, colocaremos algunos quistes parasitarios, sobre todo los debidos á la *tænia equinococo,* de los cuales he tenido ocasión de observar varios sembrados en el peritoneo supra-umbilical exclusivamente, y otros asociados á quistes del hígado, páncreas, bazo, etc.

Las contusiones y traumatismos directamente suelen dar pocas veces indicaciones de laparotomía, á excepción de cuando el agente vulnerante determina su herida y salida de la cavidad abdominal, ó de una manera directa ó indirecta la herida de los vasos, que conduce ó sostiene entre sus repliegues, y en estos casos (frecuentes sobre todo en las heridas por armas de fuego) suelen ir asociadas sus lesiones, y la mayor parte de las veces indicada la intervención, más que por las suyas propias, por las lesiones coexistentes en los órganos abdominales que reviste. Cuando la herida es por instrumento cortante, y sólo ha interesado el peritoneo parietal, la intervención queda reducida á asépticamente reunir las partes separadas, dilatando ó no la accidental operatoriamente, según las seguridades de asepsia de la herida, las necesidades de limpiar de coágulos, cohibición de hemorragia y facilidad de maniobras de reducción del epiploon saliente; por más que en caso de duda respecto á contaminación del epiploon con cuerpos extraños (ropas, etc.), ó á la menor dificultad de reducción, y una vez convencidos por la exploración de la integridad de los órganos abdominales y de cohibir la hemorragia, si la hubiera (limpieza del foco traumático, etc.),

es más prudente y no trae ningún perjuicio resecar previa ligadura ó sutura y encadenar la base de la porción procidente del epiploon; todo esto cerrando después la herida accidental y su ampliación si se hubiese practicado, con las precauciones que las heridas accidentales reclaman. Son indicaciones terminantes de la laparotomía; además de éstas, todo derrame peritoneal agudo, mucho más desde que se diagnostique el pus, la hemorragia, todo cuerpo extraño no tolerado, alojado en la cavidad, sea cualquiera la causa de su intolerancia (infección, trastornos sobre órganos vecinos, etc.) Por entre las hendiduras del omento puede introducirse un asa intestinal, y torcerse, acodarse ó estrangularse, y en éste, como en todos los casos de oclusión intestinal, la indicación es terminante; citando en este capítulo esta clase de indicaciones de intervención, por ser el peritoneo el agente productor de dicha fuente de indicaciones.

Además de las traumáticas, hay otras hernias peritoneales, las llamadas epigástricas, por estar favorecida su producción por el agrandamiento de orificios que normalmente vimos existían en la línea alba supra-umbilical, que dan paso á vasitos y grasa subperitoneal, que á veces contribuye á la formación de verdaderos lipomas preherniarios y á la formación de hernias, lo más á menudo peritoneales solamente, epiploon y peritoneo parietal, y en otras existen intestinos en el saco herniario. Rara vez se estrangulan, pero á menudo se hacen irreductibles.

¿Qué conducta se debe seguir? En esta clase de hernias son cuando menos inútiles los medios contentivos ortopédicos, que en otros suelen dar resultado.

La intervención quirúrgica ha sido bien reglada por Tenier desde 1886, y es la cura radical operatoria que tal vez en estos casos lo sea con más verdad que en otras variedades de hernias.

Extirpación del lipoma cuando existe y abertura del peritoneo (laparotomía media), y la prolongación peritoneal; una vez reducido y reconocido el contenido herniario (epiploon, intestino), se liga y se extirpa, terminando con la sutura por planos de las paredes abdominales.

Como se comprende, casi todas las laparotomías indica-

das por las enfermedades del peritoneo y sus repliegues, son de las que nosotros llamamos definitivas ó finales, y por su sitio, en general, podemos decir que, salvo en los casos que la localización de la afección no lo exija, preferiremos la media á todas las demás, por la menor cantidad de traumatismo (menor espesor de tejidos), por hacerse sin herir casi ningún vaso, y por no tener precisión de seccionar músculos, cosa conveniente para la vida ulterior del enfermo, y por lo precisa que es la protección muscular en esta región (eventraciones consecutivas indicantes de nueva laparotomía para corregirlas, etc.) Existen, como de lo que antecede se infiere, indicaciones también de laparotomías preliminares de otros actos operatorios (ligaduras de vasos, resecciones de omento, enderezamiento de un asa intestinal, colecistorrafia, colecistostomía, ó colecostoenterostomía al intervenir por una peritonitis). Porque si bien en muchas de éstas está indicada la laparotomía por las lesiones viscerales, muchas veces la indicación que arma nuestra mano con el bisturí es la peritonitis, única cosa que *a priori* hemos diagnosticado.

Enfermedades del hígado y vías biliares que pueden ser fuentes de indicación de laparotomías supra-umbilicales.—No hace veinte años que la descripción de las enfermedades susceptibles de intervención quirúrgica se hacía en algunas, muy pocas páginas, y hoy va ensanchando cada día más: ya ocupa en algunas obras 290 páginas en 4.° mayor, y hay obras manuales, como la de Schwartz, que sólo á este capítulo se dedican, pudiendo afirmarse que, á excepción del útero y sus anejos, ningún otro órgano ha dado lugar á tan interesantes y numerosos trabajos quirúrgicos.

En algunas secciones de este capítulo se puede pretender establecer hoy reglas casi terminantes de conducta, y ya se entrevé el dominio absoluto de las indicaciones y lo indicado quirúrgico á que pueden dar lugar: así ocurre en el capítulo «Quistes hidatídicos, afecciones de la vesícula biliar y abscesos de hígado, entre otros.»

En términos generales, como acontece en todo lo que está en período de constitución científica, hay casos en que las indica-

ciones son claras y por todos aceptado el que entre su tratamiento bajo el dominio quirúrgico y en otros, bien por lo reducido de las observaciones ó por otras causas, los pareceres no son unánimes, pudiendo citarse como campo intermedio á la Medicina y á la Cirugía la litiasis biliar, que siendo unas veces del dominio del médico, constituye el tratamiento quirúrgico de sus complicaciones más frecuentes el capítulo más interesante de la cirugía del hígado, figurando como límites extremos en lo quirúrgico bien definido los abscesos del hígado y quistes hidatídicos; y en las fronteras de lo quirúrgico, con un 90 por 100 médico el tratamiento de algunas cirrosis por la fístula biliar temporal ó permanente, ó la desviación quirúrgica de la vena porta, y la modificación de algunas hepato-megalias palúdicas ó no, por la simple aireación de la cavidad abdominal por la laparotomía.

En cinco grupos y un apéndice dividiremos el estudio de las enfermedades que pueden ser fuente de indicaciones de laparotomía supra-umbilical, á saber: 1.°, traumatismos; 2.°, infecciones; 3.°, litiasis biliar, por lo que de infección y de lesiones de nutrición existe en ella de común con el segundo grupo; el 4.°, ó sea el de los tumores, especialmente los de la vesícula, esto sin contar con en que en la práctica coexisten muchas veces tumor y cálculo, y que casi siempre se diagnostica éste cuando se encuentra aquél; y un 5.° grupo, constituído por las enfermedades parasitarias no microbianas, y muy especialmente los quistes hidatídicos, capítulo tal vez el más interesante de la cirugía de este órgano, dejando como apéndice la hepatoptosis y varias enfermedades médicas para las cuales, por el resultado obtenido en algunos errores de diagnóstico, se propone tratamiento quirúrgico, realizado ó no á distancia de esta víscera, y para evitar una complicación ó paliar un síntoma.

Mencionadas las relaciones anatómicas *in situ* del hígado, nos corresponde aquí, antes de estudiar las enfermedades que puedan indicar una laparotomía supra-umbilical, sobre todo de las preliminares de intervención sobre las vías biliares, dar una ligera idea de su disposición y relaciones con la glándula y órganos vecinos.

Los conductos portadores de la bilis se componen de un sistema intra-hepático cuyos ramillos abocan al nivel del hilio de esta glándula, á dos conductos cuya fusión constituye el conducto hepático; á éste afluye el cístico, continuación de la vesícula biliar, y desde este punto el conducto formado toma el nombre de colédoco hasta su desembocadura en la segunda porción del duodeno: con esto y recordar lo que en el memento anatómico dijimos de la relación del hígado con el estómago por medio del epiploon gastro-hepático, y que el borde libre de éste, situado á la derecha, limita el hiatus de Vinslow y aloja la vena porta, arteria hepática y los conductos hepático, cístico y colédoco, que están colocados en un plano anterior al de la vena porta y á la derecha de la arteria hepática, sólo nos qüeda indicar el trayecto y relaciones de los conductos escretores de la bilis.

Los ramillos biliares intra-hepáticos no suelen interesar al cirujano, salvo en casos de una gran dilatación por obstáculos invencibles á la circulación biliar por cálculos, etc., en cuyo caso se presentan bien visibles, debiendo indicar aquí como dato práctico que á veces, como en un caso que tuve ocasión de observar, en el que la vesícula estaba atrófica y retraída sobre una concreción, y todos los conductos estaban modelados por concreciones, estos ramillos biliares, llenos de las mismas, se hacían muy visibles y daban una consistencia al hígado enorme, extirpando por sección sobre dilataciones ampollosas de algunos cálculos de tamaño considerable, hallándose en absoluto obstruída la circulación biliar, por lo cual la enferma falleció á consecuencia de la acolia é insuficiencia hepática al mes y medio de la intervención. Pero aparte de este caso excepcional, los conductos cuyo estudio necesita más el cirujano son el hepático, el cístico con la vesícula y el colédoco; limitándonos aquí, claro está, en lo que hace relación con la posibilidad de ser precisa una intervención sobre ellos, previa una laparotomía supra-umbilical.

El conducto hepático nace de la parte derecha del surco transversal; su longitud viene á ser de tres centímetros y su diámetro de cuatro milímetros; cruza en el espesor del epiploon

gastro-hepático la rama derecha de la arteria hepática y de la vena porta para colocarse pegado á ella por su parte antero-externa.

El conducto colédoco, continuación del hepático después de la afluencia del cístico, mide de seis á siete centímetros y su diámetro unos seis milímetros; se estudian en él tres porciones: una intra-peritoneal, otra retro-duodenal y otra pancreático-duodenal.

La porción intra-peritoneal alojada en el borde libre del epiploon gastro-hepático constituye la mitad de la longitud total de este conducto; está rodeada de ganglios, y sólo es accesible por medio de la palpación á través de la serosa (sitio elegido para la colelitotricia, previa laparotomía: Langenbuck) de los cálculos blandos situados en esta porción, bien manual, bien por medio de unas pinzas cuyas ramas van protegidas por tubos de caoutchouc, técnica que no debe usarse, pues á pesar de esta protección se expone á mortificar las paredes del conducto; así que sólo debe emplearse cuando sea posible la litotricia manual (desmenuzamiento por presión entre los dedos, y amasamiento para llevar los fragmentos á la ampolla de Water).

La porción retro-duodenal ó subduodenal de otros es la comprendida desde la emergencia del colédoco al borde del epiploon gastro-hepático que pasa por detrás del duodeno hasta llegar á la cabeza del páncreas, donde se aloja y toma el nombre de pancreático-duodenal, hasta su desembocadura en la ampolla de Water, después de haber atravesado oblicuamente las túnicas muscular, celulosa y mucosa de la segunda porción del duodeno.

La vesícula biliar ocupa la fosita ó depresión cística en la cara inferior del hígado, sobre la cual la aplica el peritoneo; es piriforme, cuyo fondo está dirigido hacia adelante, de unos 10 centímetros de longitud, y su anchura máxima es de cuatro centímetros; contiene normalmente unos 50 centímetros cúbicos de bilis; pero como todos los conductos biliares, es muy distensible y capaz de sufrir dilataciones enormes.

Se consideran en ella tres porciones: fondo, cuerpo y cuello. El primero corresponde al borde cortante anterior del hígado,

que sobresale un centímetro, el cual se halla escotado á su nivel; el cuerpo está unido á la cara inferior del hígado por vasos y tejido conjuntivo laso; se apoya sobre el duodeno y colon por su parte inferior, y algunas veces sobre el píloro y riñón derecho.

El cuello es flexuoso y en forma de S itálica, y presenta una dilatación ampuliforme antes de continuarse con el conducto cístico: corresponde esta porción á la rama derecha de la vena porta, y se apoya sobre el ángulo que forma la primera porción del duodeno. El cístico, su continuación, es un conducto flexuoso más pequeño que el hepático, situado en el epiploon gastro-hepático por delante, y á la derecha de la vena porta.

Además de esto, conviene al cirujano tener presente, para su aplicación á la práctica, la existencia en el interior de la mucosa de repliegues valvulares de Steister, de los cuales el más importante es uno semilunar grande, que separa el conducto cístico del cuello de la vesícula biliar, con los que también existen en el cístico alternos, los cuales en estado normal hacen imposible el cateterismo. Otra de las particularidades es la disposición favorable que para el encajamiento y detención de los cálculos presenta el colédoco á su desembocadura en la ampolla de Water, disposición digna de tenerse en cuenta por las contingencias á que puede dar origen en las maniobras de propulsión de los cálculos, por masaje y desmenuzamiento á través de las paredes; pues caso de ocurrir esta contingencia, la operación que precisa para su desenclavamiento es la colédoco-duodenostomía. Esto le ocurrió á Sprengel en un caso de enclavamiento en la ampolla de Water, siendo esta intervención más grave que cualquiera de las otras que hubieran remediado la obstrucción *in situ*.

Terminada esta somera indicación de las particularidades anatómicas precisas, á mi juicio, al asunto objeto de este trabajo, vamos á tratar de las indicaciones de intervención del primer grupo de enfermedades del hígado y vías biliares por medio de laparotomía supra-umbilical.

LESIONES TRAUMÁTICAS.—A. *Del hígado.*—Para los efectos de la indicación de intervención, importa poco que el traumatismo sea una contusión ó una herida incisa, así como que la herida

sea por traumatismo directo ó indirecto: esto importa más para el pronóstico, y, sobre todo, por los mayores ó menores riesgos de infección. Como particularidades de los traumatismos en este órgano, se debe citar como culminante la hemorragia, por la extrema vascularidad de esta glándula (igual si no mayor á la del bazo), así como el que las hemorragias venosas, aun las producidas por las heridas más irregulares, no tienen tendencia á cohibirse por aglutinación, y que, sobre todo las supra-hepáticas, quedan abiertas al corte por sus adherencias al tejido. Así es que todas las heridas ó desgarraduras hepáticas producidas por cualquier mecanismo, por su vascularidad, por la importancia y calibre de sus vasos y por la característica que acabamos de examinar, indican una laparotomía supra-umbilical para hacer la hemostasia; bien entendido que si ésta indicará una supra-umbilical, el tratamiento del derrame peritoneal, por buscar los puntos declives, tal vez exija un desagüe y vía infra-umbilical. Si la hemorragia es poco intensa por ser la herida poco profunda ó interesar vasos de menos importancia, se detiene espontáneamente y puede no ser precisa la intervención, á no ser que la infección ponga el bisturí en manos del cirujano (caso posible en las heridas expuestas ó con comunicación con el exterior, y en las contusiones cuando un estado infeccioso previo de la bilis ó el derrame de ésta, infectada, determina sepsis peritoneal), en cuyo caso la indicación es tan terminante como en toda peritonitis.

Así que la hemorragia y la infección son las indicaciones primeras en caso de traumatismos del hígado.

B. *Lesiones traumáticas de las vías biliares.*—Casi siempre se trata de roturas, unas veces directamente ocasionadas por el agente vulnerante, y otras por efecto que pudiéramos llamar excéntrico, explosivo, determinado por la incompresibilidad del contenido líquido, que hace estallar desgarrando las paredes que lo contienen, cosa que muy á menudo ocurre en el reservorio biliar (vesícula), en las grandes contusiones del abdomen, de un modo indirecto. El derrame biliar puede variar de unos cuantos gramos á varios litros, y puede enquistarse ó difundirse en la cavidad peritoneal, en cuyo caso se dirige á los

puntos declives, fosas iliacas. Claro está que el estado anterior al traumatismo de estos órganos, así como su asepsia ó infección, modificarán bastante la conducta, sobre todo en lo relativo á la urgencia de la intervención.

Toda herida, rotura ó desgarro de las vías biliares indica una laparotomía supra-umbilical media preliminar, ó una colecistorrafia, ó de una colecistostomía ó colecistectomía, ó una colecisto-duodeno ó yeyunostomía, cuando esté herida la vesícula biliar, aun no existiendo infección biliar previa, máxime si ésta existe, en cuyo caso queda excluída la colecistostomía ideal, ó sea sutura y reducción del órgano en la cavidad abdominal, pues, como veremos más adelante, las otras intervenciones de desagüe al exterior (colecistostomía), ó de desagüe por el abocamiento al duodeno, yeyuno ó colon, sobre todo al intestino delgado, pueden resultar modificativos y curativos de dicha infección.

Cuanto antes se intervenga, habrá más probabilidades de éxito, y salvo el *schoc*, se evitará reabsorciones peritoneales, peritonitis é intoxicaciones biliares. No son estas intervenciones las que dan estadísticas más desfavorables, cuando se llena con oportunidad la indicación.

Mutatis mutandis, y por la misma vía (laparotomía abdominal) media supra-umbilical se tratan las heridas y desgarros del hepático y colédoco, suturando aquél si está seccionado, y si la de éste es completa, se ligará uno de los cabos, y ó bien se hace una colecistenterostomía, ó se anastomosa el cabo superior con el intestino; si el conducto cístico estuviera seccionado por completo, ó el desgarro de la vesícula biliar fuera muy extenso, se hará una colecistectomía (extirpación de la vesícula).

Estas son al detalle las intervenciones intra-abdominales sobre dichos órganos que pueden precisar una laparotomía supra-umbilical, citadas porque este trabajo abarque todos los casos posibles y sea, por lo tanto, completo. En la práctica no siempre serán precisas estas intervenciones, sino que en muchos casos de heridas de hígado y vías biliares por efracción ó contusión, y sobre todo en esta última, y con estado aséptico pre-

vio de las vías biliares, el problema quirúrgico se realizará con la disección capa por capa del foco traumático, haciendo de paso su asepsia; y si el derrame biliar es poco pronunciado (herida pequeña), con el taponamiento se producirá la curación, reabsorbiéndose el derrame peritoneal; y esto que acontece con la bilis ocurre con la sangre (si bien más frecuentemente en las contusiones que en las heridas penetrantes); haciéndose la laparotomía media siempre que haya indicación de explorar el estado de las vías biliares, que una vez que nos permita averiguar sus lesiones, estaremos en el caso de remediarlas con las intervenciones arriba indicadas. Aparte del sitio, del *schoc* y de las complicaciones posibles, estas intervenciones no dejan de precisar una perfecta asepsia, un diagnóstico seguro y una destreza operatoria por razón de la profundidad á que se opera (colédoco y cara inferior del hígado sobre todo), nada comunes. Las complicaciones de los traumatismos (absceso, hepatitis supurada, peritonitis, etc.), son también indicaciones absolutas de laparotomía supra-umbilical, lo mismo que los derrames ó colecciones de bilis, pus ó sangre lo son de laparotomía en el sitio de la colección: claro está que sólo será ésta supra-umbilical en las enquistadas en esta región.

2.º *Lesiones infecciosas del hígado y vías biliares que pueden ser fuentes de indicaciones de laparotomía supra-umbilical.*—Estudiadas las indicaciones que por la inoculación directa por traumatismo pueden dar las infecciones del hígado y vías biliares, ahora estudiaremos las infecciones que raramente se transmiten por la vía linfática (véase memento anatómico de linfáticos), más frecuentemente por la vía arterial hepática (embolias y abscesos de ciertas septicemias y fiebres graves); mucho menos por el sistema porta, por sus raicillas intestinales (abscesos de pihemia tan frecuentes por embolias microbianas), y muchas veces por la vía biliar, ascendiendo por propagación (infecciones intestinales del duodeno hasta las vías biliares, extra y alguna vez intra-hepáticas), en ciertas condiciones de pasividad de estos órganos para la infección ó de virulencia grande de microbios que pululan normalmente en el intestino, y, sobre todo, del *coli comuni*.

No todas las infecciones interesan al cirujano y son fuente de indicaciones quirúrgicas, pues bajo este punto de vista sólo las que producen los microbios piógenos deben ocuparnos, pues los demás sólo de una manera secundaria preocupan al cirujano, y entre ellos tal vez únicamente el de Koch. Así es que entran en este capítulo las supuraciones del hígado (hepatitis supurada y abscesos) y las angio-coleistitis infecciosas supuradas, originadas casi siempre por el *coli comuni*.

Bajo el punto de vista que nos ocupa, sólo lo que clínicamente se llama absceso del hígado nos interesa, y si bien patogénicamente y en la realidad son abscesos, también los casi microscópicos que siembran el hígado en las hepatitis supuradas, sólo cuando su tamaño los hace clínicamente diagnosticable y susceptibles de intervención, es cuando todo el mundo los llama así y es el que en todas las obras ocupa un capítulo llamado abscesos del hígado, precisamente fundándose en un concepto clínico terapéutico, que es el mismo que informa el presente trabajo.

Es axioma quirúrgico el dar salida al pus donde quiera que se encuentre, y el hígado no es excepción de esta regla absoluta en Cirugía *(ubi pus ibi evacua)*. En los abscesos consecutivos á infección traumática, ya se expuso en el anterior capítulo la regla de conducta, que es la misma sea cualquiera la etiología ó patogenia (cuerpos extraños, cálculos infectados, parásitos intestinales, los mismos quistes hidatídicos supurados, las angiocolitis, algunas veces infecciones graves, antrax, fiebre tifoidea, piohemia, etc.) Descartada hoy en absoluto su abertura por los cáusticos (Recamier, Bellier, Hardy), la función aspiradora por peligrosa é incierta y muchas veces ineficaz, y el de Sitlle (1), queda hoy la laparotomía hecha sobre el foco y capa por capa hasta llegar á la colección que se desagua y desinfecta, evitando reinfecciones de la serosa peritoneal y rotura de

(1) Stromeyer Sitlle operó al Dr. Ayme, quien describió la manera de curarle de su salvador. Observación comunicada á la Real Academia por Julio Rochard el 26 de Octubre de 1880, primer ataque directo franco: conducido el bisturí por el trócar hasta la bolsa purulenta, y éste fué el primer paso hacia la intervención directa.

adherencias (cuando las hay), para lo cual se marsupializa la bolsa. La incisión (laparotomía) se hace sobre el punto más prominente y longitudinal, cuando esto es posible por su situación, ó en la línea media; con más frecuencia se podrá hacer á lo largo del borde externo del músculo recto, sobre todo si es ancha la colección, atravesándole si es preciso y casi sin separarnos de su punto central, haciendo notar que en estos casos suelen estar muy desarrollados los vasos; pero se ligan á medida que sea necesario seccionarlos, y nada más. Una vez llegados á la serosa, ó hay adherencias de ésta con el hígado ó no: en el primer caso, se respetan y aprovechan para caer sobre el absceso hepático; si no las hay, éste puede ser profundo y estar interpuesta una capa de tejido hepático sano entre el absceso y la cavidad peritoneal: entonces se fija el hígado por puntos de sutura á la pared de la incisión abdominal, seccionando el tejido hepático interpuesto con bisturí ó termo; pero á pesar de lo vascular de esta glándula, he visto siempre que no da dificultad ninguna la sección con el bisturí, sobre todo porque la lámina de tejido hepático suele estar como isquemiada, descolorida y tener una consistencia fibrosa; se llega á la cavidad del absceso, se da salida al pus, se marsupializa, se deja desagüe y se ha llenado la indicación quirúrgica terapéutica. Como detalle observado por mí en la práctica, he de anotar en los casos de tensión un poco grande la conveniencia de vaciar con un grueso trócar parte de la colección, por las facilidades que da para fijar de la pared hepática á la incisión abdominal, tomando todas las precauciones para evitar la caída de la menor cantidad de pus á la cavidad peritoneal. Además citaré la rebeldía de curación ulterior de las fístulas biliares consecutivas en muchos casos por mí observados; y con esto y la dificultad observada algunas veces después de abierto el abdomen, y en presencia del hígado, por su aspecto determiné el sitio donde estaba el absceso, sobre todo en los algo profundos, para lo cual he apreciado la utilidad que presta el tener paciencia y con asepsia hacer con una jeringuilla de Roux ó Pravaz y cánula, punciones exploradoras (inofensivas bien hechas), y que nos guían á la colección; terminando mi experiencia personal

en lo referente á este punto y las indicaciones del absceso hepático sólo en lo que se refiere al tema objeto de este trabajo. Claro está que dado el criterio que de laparotomía adopto, excluyo el tratamiento por vía trans-pleuro-diafragmática de los abscesos de la cara convexa que hacen prominencia en la cavidad torácica, pues para mí la técnica de Israel, aplicada por él á los quistes hidatídicos del hígado, no es una laparotomía propiamente dicha según el criterio que aquí adopto. Sí citaré, aunque como muy excepcional para completar lo referente á este punto, pero sin gran interés práctico, una técnica citada por Virchow (tesis de Montpellier del 90), consistente en abocar ciertos abscesos muy profundos de la cara inferior del hígado al colon, operación que designa bajo el nombre de hepato-colostomía, y se practica de modo análogo á la colecisto-enterostomía.

La tuberculosis del hígado, fuera de las propagaciones serosas ya estudiadas en el capítulo 1.° (perihepatitis) y del absceso frío intra-hepático, es una enfermedad exclusivamente médica; las indicaciones en el primer caso están expuestas en el lugar correspondiente, y en el segundo son las de todo absceso.

Angiocolitis y colecistitis infecciosas como fuente de indicación de laparotomía supra-umbilical.—No en todas estas enfermedades está indicada la intervención quirúrgica, perteneciendo muchas de ellas, sobre todo las angiocolitis, cuando no dan lugar á formación de absceso, al terreno médico; á pesar de esto, Terrier, en el Congreso francés de Cirugía de 1895, propuso la laparotomía para las angiocolitis, á fin de practicar una colecistostomía (fístula biliar cutánea), operación que permite explorar las vías biliares en los casos muy frecuentes en que aquéllas van acompañadas de obstrucción (cálculos, cuerpos extraños, ascárides, distomas), y cuando no, el desagüe fácil biliar, por la fístula creada, expulsando bilis séptica que intoxica la economía; citando, en apoyo de su tesis, tres casos de angiocolitis graves curadas por este procedimiento, por más que en ellos se trataba de infecciones que venían á complicar la litiasis, punto de vista ya diferente y que en la clínica se da con mucha frecuencia, por lo que son dos fuentes de indicaciones que cuando concurren exigen la misma intervención quirúrgica.

Pero en las demás angiocolitis no se puede precisar, fuera de los casos de obstrucción, cuándo requieren la intervención quirúrgica, por las dificultades de un diagnóstico seguro. Para los casos graves, creo puede aceptarse el consejo de Terrier: «en los casos que las vías biliares, directas é indirectas, contengan ó no cálculos, sean asiento de inflamación que produzca accidentes febriles continuos ó con exacerbaciones, está indicado absolutamente intervenir quirúrgicamente practicando una laparotomía. Esta debe tener por objeto abrir la vesícula biliar y mantenerla abierta; en una palabra, practicar una colecistostomía.»

A Terrier han seguido en este camino Lejars y Midiaux, el uno en un caso de infección por el colibacilo, y el otro en uno de éste asociado al estreptococo; y á Faure le dió resultado también esta intervención en un enfermo caquéctico por obstrucción biliar, siendo desgraciado el resultado en un caso de Gerard Marchand; haciéndose estas intervenciones cada vez con mayor frecuencia, pero relativamente en fecha muy reciente. Para llenar esta indicación se inclinan la mayor parte de los cirujanos que la aceptan por la colecistostomía, mejor que por la colecistenterostomía, porque ésta es más larga y difícil, y repugna verter bilis séptica en el intestino, aparte de que con la colecistostomía se observa diariamente el grado de septicidad y toxicidad biliares.

A pesar de que Longuet, en una tesis respecto á este asunto representando el criterio más radical, crea indicada la laparotomía en otras angiocolitis (cirrosis hipertrófica de Hanot, congestiones hepáticas), y de algunos resultados post-operatorios de varias intervenciones, hechas unas deliberadamente, y otras por errores de diagnóstico (Segond Roulic, Queuu, Hartmann, Le Dentu), ni los resultados (dos muertos, tres resultados nulos y tres mejorías), ni el estado actual de la ciencia, permiten que sean indicación de laparotomía, ni la enfermedad de Hanot, ni el hígado cardiaco, etc.

Hay casos excepcionales, y á Sendler le ocurrió uno, en el cual, creyendo abrir un absceso del hígado, incindió un conductillo intra-hepático biliar distendido por el pus, intervención que bautiza Longuet con el nombre de angiostomía. Helferich,

Alfred y Quenu han abierto, ignorando lo que abrían, el conducto colédoco lleno de pus. Fallecieron los operados, y la autopsia permitió averiguar estos hechos no diagnosticados *a priori*.

Para terminar lo referente á estos casos excepcionales, diremos que Route, en un caso de angiocolitis muy aguda, no hallando la vesícula, hizo una brecha en el hígado repleto de bilis, curándose el enfermo después de esta intervención (hepatostomía).

Litiasis biliar como fuente de indicaciones de laparotomía supra-umbilical.—Hemos de sentar de antemano que la litiasis biliar por sí hoy no pone el bisturí en la mano del cirujano, pues tratamientos médicos sabidos de todos, y sobre todo el de Rosenberg (dieta láctea, aguas clorurado-sódicas y aceite de olivas ingerido por las mañanas en cantidad suficiente), vencen muy á menudo las crisis pequeñas, y producen la eliminación por arrastre biliar al intestino de pequeños cálculos en muchos litiásicos; pero si las crisis se repiten muy á menudo ó son muy intensas, se declara la obstrucción biliar persistente, ó se diagnostica directamente cálculos que la producen en cualquier punto de los conductos excretores (sobre todo en la vesícula, colédoco y cístico); y si además de esto coincide la infección de dichas vías, entonces el cirujano puede y debe intervenir. ¿Cómo? Tal vez sea en este capítulo donde más difícil sea dar reglas absolutas, pues las discusiones son grandes y la conducta diferente, en presencia de las mismas circunstancias. Se principia por no estar de acuerdo en el punto principal común á todas estas indicaciones, ó sea en el sitio donde debe hacerse la laparotomía. Unos defienden la media sobre la línea alba, y aducen como razón las ventajas ya sabidas de ésta y la facilidad con ella de explorar las vías biliares, sobre todo el colédoco, y á la vez la de hallar el intestino duodeno, páncreas y epiploon gastro-hepático, tan conveniente cuando, después de la laparotomía supra-umbilical como operación preliminar, hay que explorar las vías biliares (por no llevar otro diagnóstico que el de la naturaleza, faltando el de sitio), abocar la vesícula al duodeno, yeyuno ó colon (colecisto-duodenostomía, colecisto-yeyunostomía ó colecisto-colostomía).

Otros proponen la laparotomía supra-umbilical sobre el borde externo del músculo recto, pues así caen sobre la vesícula que dista un poco de la línea blanca, y hace más difíciles las maniobras sobre la vesícula cuando sobre ésta hay que intervenir más frecuentemente que sobre las otras vías; pero lo que es ventaja para la vesícula, es desventaja para intestino, resultando por esto sin inconvenientes cuando se va á hacer una colecistostomía.

Otros aconsejan esta última acompañada de otra transversal hasta la línea alba cuando haya de anastomosar la vejiga ó el intestino, ó explorar las vías biliares, y otros lo inverso, ó sea la incisión transversal de la línea alba, seccionando el músculo recto cuando haga falta campo ó no se pueda con la incisión media maniobrar bien sobre la vesícula.

Como se ve, ninguno tiene razón, y según mi experiencia en las intervenciones por mí observadas (dos sobre la vesícula y una sobre el colédoco), la laparotomía media dió bastante campo, y únicamente en la realizada sobre el colédoco y la vesícula presentaron dificultades, que se vencieron por la profundidad, y sólo en una de vesícula hubo precisión de hacer luz mediante otra incisión. Claro está que en los casos que se diagnostica y se tocan exteriormente (cálculos de la vesícula, ¿tumor?, vejiga muy distendida por cálculo cístico), la incisión sobre el borde externo del músculo recto se impone, sobre todo si se piensa hacer una colecistostomía.

Pero en la mayoría de los casos hay que buscar, después de laparotomizar, el sitio de la obstrucción (que á veces con diagnóstico de cálculo puede ser un cáncer de la cabeza del páncreas) por no haber otro diagnóstico que el de obstrucción y á lo sumo el de agente causal (cálculo), pero no el de sitio; entonces debe preferirse la media como siempre que, después de laparotomizar, hay necesidad de explorar.

No hablo de la intervención propuesta por Tuffier por vía lumbar ó posterior, aprovechando la disposición anatómica extra-peritoneal de parte del páncreas, por no considerarla como laparotomía según el criterio que sigo en este trabajo.

En la práctica, y salvo contados casos, el cirujano sabe que

va á laparotomizar por una obstrucción biliar, de índole calculosa cuando más; de aquí en adelante, el estado de lo que encuentra es lo que le induce á hacer tal ó cual intervención consecutiva, no pudiéndose dar reglas, por lo tanto, y siendo en casos análogos donde el cirujano tiene que demostrar su buen juicio, resolviendo de improviso los problemas que pueden presentársele: así es que creo lo más lógico exponer las cosas como pasan naturalmente, y en el transcurso de la exposición surgirán las indicaciones de tal ó cual intervención consecutiva á la laparotomía supra-umbilical.

Claro está que no he de trazar su descripción minuciosa, pues en realidad es acto consecutivo á la intervención que en el tema se indica; pero como en la práctica ocurre así, ó se limita uno á decir cuándo la litiasis biliar indica una laparotomía supra-umbilical, lo cual haría incompleto el acto quirúrgico, que es uno solo, con una parte común preliminar; y como todas estas intervenciones consecutivas exigen la laparotomía supra-umbilical, vienen á convertirse en fuente de indicaciones, pues todas las de estas intervenciones lo son *ipso facto* de la laparotomía supra-umbilical.

Decía antes que en casos excepcionales se puede diagnosticar el sitio ocupado por el cálculo causa de la obstrucción, y mucho menos si éstos son múltiples y su asiento respectivo, por lo cual en la mayoría de los casos, después de la laparotomía, hay que explorar la cara inferior del hígado, la vesícula y vías biliares. Se ve que la naturaleza de la enfermedad se ha diagnosticado, pues no hay compresión del colédoco por tumor del páncreas, ni ganglios epiplóicos degenerados, ni tumor del hígado, sobre todo de la vesícula. La obstrucción es biliar y no es producida por un cuerpo extraño parasitario, ascárides, etc. ¿Dónde está el cálculo? ¿Es éste único, ó son múltiples y separados? Es decir, hay que explorar las vías biliares, y aquí siguen todavía las dudas: en muchos casos, una vesícula distendida supone una obstrucción del cístico, es verdad; pero no supone que dentro de la vesícula no haya cálculos, los cuales no se pueden apreciar con la vejiga llena de bilis; una vesícula atrófica y engrosada, pegada sobre una concreción dura, desde

luego no da lugar á duda. ¿Se trata de una colecistitis calculosa y hay infección, pus principalmente en su interior? Pues en caso de distensión biliar se debe incidir la vesícula. ¿Que hay cálculos? Se extraen. ¿Que no? Pues se desobstruye el cístico y se hace el cateterismo de las vías biliares. ¿Que éstas están libres y no hay infección? Se puede pensar en la colecistostomía ideal (ideada por Meredith, que perdió su enfermo), y realizada por Housner trece veces con éxito, y vista realizar por mí, la cual consiste en la sutura y abandono de la vesícula en la cavidad abdominal, y claro es que esto se hace siempre que se tenga la seguridad de que no esté infectada la vejiga. Si no, se puede hacer con menor riesgo una colecistostomía (fístula abdominal biliar). En el caso de la vesícula degenerada y atrófica, se pensará en una colecistectomía (ejecutada por Langenbuck el año 82, y de la que se encontrará completa su historia en la tesis de Cal), siempre que estemos seguros de que el colédoco no está obstruído, y el estado de las paredes vesicales (degeneración, ulceración é infección) y la completa obstrucción del cístico, así lo indiquen. He tenido ocasión de observar una intervención de este género, cuya enferma falleció al mes y medio á consecuencia de la acolia por obstrucción ulterior del colédoco; en ella la vejiga atrófica y retraída sobre una concreción del tamaño de un huevo de paloma, no tenía de vesícula biliar nada, y la obstrucción del cístico era total, pues estaba moldeado de cálculos. Claro está que en vez del abocamiento de la vesícula á la piel (colecistostomía), puede hacerse su anastómosis al duodeno, yeyuno ó colon (colecistenterostomía en general). Caso de diagnóstico, para la primera intervención conviene la vía para-media, borde extremo, del recto y para cualquiera de estas tres la media (línea alba).

Pero la obstrucción no radica en la vesícula ni en el cístico. ¿Cómo se exploran las vías biliares restantes? Precisamente por esto hice el ligero memento anatómico con que encabecé el capítulo presente.

Algunas veces (raras) se tiene la fortuna que la exploración resuelva (en caso de no infección y pequeñez ó blandura del cálculo) el problema propulsando la concreción al intestino, lo

que no deja de tener sus peligros ya expuestos (enclavamiento en la ampolla de Water), ó desmenuzándole con suavidad, manual ó instrumentalmente (mejor del primer modo), á través del conducto íntegro (colecistotricia); otras es preliminar de una cisticotomía, hepaticotomía, ó coledocotomía, con ó sin abocamiento de uno á otro, ó directo al intestino.

Esto en el caso de que no exista infección biliar que indique la fístula biliar (colecistostomía), pues entonces se podrán explorar las vías biliares por cateterismo con catéter blando, lo cual es más difícil de lo que pudiera creerse (imposible de todo punto, como vimos en el resumen anatómico por la disposición de sus válvulas mucosas en estado normal).

Estando las vías biliares á la vista, hay datos que pueden orientarnos para el sitio predilecto de la exploración; pero debe aconsejarse hacer la exploración completa sistemática de todas las vías biliares, para que haya más garantías de acierto y de que se resuelva el problema por completo.

Que se haya hecho la laparotomía media ó sobre el borde externo del músculo recto, se dirigirá el dedo índice hacia la línea media del eje del cuerpo, para tener la seguridad de estar hacia dentro de la vesícula; se dirige sobre el borde y cara inferior del hígado á la derecha para buscarla; se la encuentra, ó resistente si está llena ó distendida, ó blanda si está deprimida y con poco líquido, y no se encontrará si no tiene ninguno; pero entonces se notará la depresión del sitio por ella ocupado (fosita, cística), y si, en fin, tiene cálculos, se los sentirá á su través. Reconocida la vesícula, se explorará el cístico, para lo cual se hunde el dedo, siguiendo aquélla y su cuello hasta el hiatus de Wislow, que, como vimos, comunica la cavidad posterior de los epiploones con la gran peritoneal, abierto si no hay adherencias; reconocido éste porque el dedo que sigue la cara inferior del hígado se hunde y penetra en ella, y si en este trayecto del cuello de vejiga al hiatus no se siente nada, es que el cístico está libre y normal, y entonces el dedo no le siente. Hay que tener en cuenta que la inversa no es verdad, pues la dureza tocada puede ser un ganglio peritoneal infartado, y que un calculillo pequeño puede obstruir el cístico y el dedo no sentirlo;

pero en este caso la distensión de la vesícula vendrá á esclarecer las cosas haciéndolo sospechar.

Dijimos que la porción intra-peritoneal del colédoco (ó sea su primera mitad) está alojada en el borde libre del epiploon gastro-hepático, á la derecha de la vena porta, en el repliegue que une el surco medio del hígado al ángulo duodenal: esta porción, salvo el error posible de ganglios, se explora bien, y el dedo puede hacernos sentir cálculos alojados en su interior y á través de la serosa y sus paredes; la porción retro-duodenal ya es más difícil; pero atrayendo hacia sí el cirujano el duodeno, puede á través de éste sentir la dureza detrás del intestino; pero esto requiere la maniobra de despegar algo la serosa intestinal en su borde interno: mucho más difícil es la porción pancreático-duodenal, y muy poco recomendable la maniobra operatoria propuesta por Vantrin para encontrarle, seccionando de delante atrás la cabeza del páncreas hasta llegar al colédoco por su parte posterior, en una región de tan difícil acceso y tan pequeña, como el cuadrilátero formado por las tres porciones del duodeno por arriba, á la derecha y abajo, y por la vena mesentérica superior á la izquierda, cuya posible sección es de importancia por las dificultades (por mí observadas en un caso presenciado) de su hemostasia, y por la profundidad en que se opera, subiendo éstas de punto cuando el páncreas se encuentra quebradizo por algún proceso degenerativo tan frecuente en esta víscera abdominal. Esta exploración metódica sólo será posible en los casos en los cuales las adherencias no hayan trastornado las relaciones y conexiones anatómicas de los órganos, dependiendo en estos casos de la suerte del operador el dar con el sitio de la obstrucción.

Con esto creo indicadas para el objeto de este trabajo las intervenciones sobre el hígado y vías biliares por litiasis biliar, que el cirujano puede precisar, realizar, y que para ello son indicaciones absolutas de laparotomía supra-umbilical preliminar á las mismas.

4.° *Tumores del hígado y vías biliares como fuentes de indicación de laparotomía supra-umbilical.*—En el hígado, á excepción de los tumores pediculados y benignos, por la posibilidad

de su extirpación con bisturí ó termo (si se teme la sangre), y si no con ligaduras de los vasos que den sangre y sutura del borde cruento hepático y abandono en la cavidad abdominal (proceder aconsejado por Kœnig), no suelen ni el cáncer ni el sarcoma, casi siempre secundarios, ni los granulomas infecciosos (sifilis, tuberculosis), constituir indicaciones de laparotomía supra-umbilical. Pues en la mayor parte de los casos intervenidos lo han sido por error de diagnóstico (confusión de una obstrucción biliar con una caquexia cancerosa, etc., ó con una tumoración líquida en los encefaloides voluminosos, con ascitis y obstrucción biliar). Y en muchos otros el diagnóstico dado de tumor benigno ha resultado en la intervención un quiste intrahepático, indolente *per se* como aquéllos y sin síntomas propios en muchas ocasiones. Merece citarse respecto á este asunto la posibilidad de extirpación de hasta $^{4}/_{5}$ de hígado señalada por algunos autores como posible, así como la demostración hoy realizada de la regeneración también posible del tejido glandular hepático.

Tumores de las vías biliares.—Por lo que en la práctica se observa, se puede decir que *a priori* nunca se diagnostica sino la obstrucción biliar (su consecuencia) ó su coexistencia con cálculos. Así se han conocido por error de diagnóstico cánceres de la ampolla de Water por la obstrucción biliar del colédoco, y adenomas y papilomas de la vesícula por colelitiasis concomitante. Claro está que los benignos, por las indicaciones que de sus trastornos locales se desprenden, indican la laparotomía y su extirpación cuando se pueda, ó con el órgano donde asienten, haciendo la anastómosis que facilite el libre curso de la bilis, ó hacia el exterior colecistostomía (casos de vesícula ó de infección biliar), colecistenterostomía, ó la anastómosis intestinal del conducto afecto en caso contrario.

La intervención en los cánceres del colédoco y ampolla de Water (se comprende que se haga ó no por error de diagnóstico) sólo puede pretender suprimir la obstrucción biliar y sus trastornos para el enfermo, y que, por lo tanto, siempre será una operación paliativa, que entiendo que una vez abierto el vientre debe hacerse para remediar dicha obstrucción, aunque

hay cirujanos que pretenden que *a priori* y diagnosticada, indica la laparotomía supra-umbilical.

5.° *Indicaciones de la laparotomía supra-umbilical en las enfermedades parasitarias no microbianas del hígado y vías biliares.*—Aparte de su rareza, hay una razón para que en este capítulo no hagamos más que indicar las afecciones parasitarias no microbianas que pueden asentar en el hígado y vías biliares, y que no sean causadas por la *tænia, equinococo* (ascárides y demás parásitos intestinales, actinomicosis, etc.), y esta razón es, aparte de su rareza ya mencionada, que las pocas veces que su penetración en las vías biliares produce trastornos, no puede diagnosticarse dicha penetración, pues todas las observaciones que de estos casos hay en la literatura médica se refieren á autopsias ó intervenciones realizadas por obstrucción de las vías biliares unas, y por cálculo otras, y en las cuales se vió que los agentes causales de la obstrucción eran estos parásitos intestinales unas veces, y otras que además de los cálculos existían estos seres como cuerpos extraños, generalmente en el colédoco.

Y vamos á lo más interesante, lo que hace ya mucho tiempo era del dominio de la Cirugía, ó sean los quistes hidatídicos del hígado y de las vías biliares; afección frecuente, frecuentísima precisamente en esta víscera, y en España tal vez más que en otros puntos: baste decir que en mi pequeña experiencia profesional pasan de seguro de un centenar los quistes hidatídicos del hígado y vías biliares que he visto han sido objeto de intervención.

Que esta enfermedad es una indicación clara de la intervención laparotómica, no tiene hoy duda de ningún género.

No he de hacer aquí, ciñéndome al tema y dado lo mucho que sólo acerca de este asunto podría decirse, más que esbozar, digámoslo así, en resumen, sin hacer historia, lo que he visto y lo que he leído respecto á este particular, para cuyo completo estudio precisaría un libro entero, pues tal vez, y sin tal vez, no haya en la literatura quirúrgica asunto sobre el cual se haya escrito lo que sobre éste.

Ya desde el año 1889 en España (refiriéndome á mi expe-

riencia personal) no se discutían ni las punciones con ó sin inyecciones modificadoras, ni la electrolisis, ni las operaciones en dos tiempos, mucho menos las aberturas por los cáusticos y el termo, ni los demás medios anteriores á la sección abdominal con el bisturí en una sola sesión (laparotomía), y el quiste extra-hepático con adherencia ó intra hepático, se abocaba á la pared abdominal, se incindía, se evacuaba su contenido y se drenaba, modificándose después y retrayéndose hasta desaparecer la cavidad del quiste; maniobra que se llamaba y se llama marsupialización, operación hecha en dos tiempos (Volkman) y no seguida, y la en un solo tiempo, la cual corrientemente ví emplear desde entonces (Sindeman, Sandau), realizada por una modificación de este procedimiento, usada por el Dr. Ribera. Más recientemente se tiende á evitar los inconvenientes de lo penosa y pesada que suele ser la fístula biliar consecutiva (intra-hepática), ó la eliminación ó regresión de su pared (extra-hepáticos) por la incisión y extirpación de la vesícula madre, seguida de la sutura del quiste sin desagüe con ó sin sutura acolchonada de las paredes de la cavidad quística (Pierre Delbet, y antes que él Tomton, Bond y Billroth).

Y en otros casos (quistes pediculados con una pequeña porción de tejido hepático del pedículo) la extirpación del quiste y paredes con sutura y hemostasia del pedículo hepático (Segond), y en otros la enucleación total del quiste por disección, despegamiento ó descortización (Lawson, Tait, Vigneron y Brain).

Hoy realmente sólo quedan la marsupialización en un tiempo, con ó sin modificación (Sindeman, Landau, Ribera), y el llamado por los franceses sobre todo procedimiento de Delbet (incisión, vaciamiento y sutura sin desagüe del quiste, reduciéndolos á la cavidad abdominal), y los más excepcionales y modernos de extirpación en los pediculados, casi totalmente (Segond), y el de enucleación total hecho por primera vez por Lawson Tait.

¿Puede ser exclusivo algún procedimiento? Si se quiere una prueba de ello, pudiera citar una observación personal reciente que recayó en un niño, donde he visto aplicar los cuatro pro-

cedimientos en otros tantos quistes (claro es que lo que respecta al tratamiento es aplicable á todos los quistes hidatídicos, sean ó no del hígado). En ésta como en ninguna cuestión en Medicina se puede ser exclusivo. ¿Si esto es así, tienen reglas generales de indicación cada uno de estos modos de proceder?

El único exclusivismo lícito es el de que esta enfermedad no tiene más que tratamiento quirúrgico y de éstos los últimos cuatro más radicales. ¿Pero cuándo se deberá dar á alguno de ellos la preferencia? Vamos en pocas palabras á tratar de indicarlo en general.

Se debe hacer la marsupialización y desagüe del quiste cuando éste esté infectado (supuración); cuando, sin estarlo, su cavidad sea muy grande y anfractuosa, y en los intra-hepáticos; además de estas circunstancias, cuando, bien por su sitio (postero-inferiores) ó su profundidad, sea difícil la sutura de la pared y nada fácil la extirpación de la vesícula madre.

El de Delbet podrá emplearse si el quiste es unilocular, aséptico, pequeño y poco profundo, y con la más completa seguridad de la asepsia durante la intervención.

El de Segond podrá tener su empleo en los pequeños extrahepáticos con ligeras adherencias de tejido glandular, ó en los pediculados con una pequeña laminilla hepática, dentro siempre de la asepsia perfecta antes y durante la intervención; y el de enucleación, por último, tendrá muy pocas veces empleo en este órgano (hígado), y cuando pueda adoptarse si cuando con facilidad se despegue sin violencias de la adventicia la pared del quiste, éste fuere aséptico y el tejido periquístico poco vascular y quebradizo, teniendo en cambio su aplicación en algunos de la serosa, sobre todo mesentéricos, epiplóicos, etc., etc.

Ahora sólo queda en lo relativo al tema dilucidar la cuestión de sitio de la incisión abdominal.

Con este objeto podemos dividir los quistes en los que ocupan cara convexa (antero superiores), inferiores ó de la cara cóncava, postero superiores y postero-inferiores. En tesis general, salvo los de la cara convexa con mucha prominencia diafragmática, y los posteriores (superiores é inferiores), los demás se atacan bastante bien por la incisión media, y así lo he po-

dido apreciar muchas veces (sin contar con las que ésta es media por ser exploradora). Los de gran prominencia diafragmático-torácica, cuando se sigue la vía de d'Israel, no entran en este trabajo, pues no es una laparotomía esta intervención, según nuestro criterio, pues éstos pueden ser atacados previa la sección laparotómica paralela al reborde costal, que descubre toda la cara convexa, da luz y permite más campo que la sección media. En caso de precisión, se pueden resecar los cartílagos costales indispensables; pero siempre que no se siga la vía pleuro-diafragmática y que se seccione el peritoneo por debajo de la pared abdominal, es una laparotomía con una intervención auxiliar. Por último, los posteriores pueden ser atacados por la vía lumbar con mayor facilidad.

Aunque en algunos quistes hidatídicos la aspiración aséptica é inyección de sublimado es todavía seguida por algunos, no entra dentro del tema por no ser una laparotomía; y aparte de esto, creemos que es mejor, más segura y radical la laparotomía en estos casos. Sólo nos queda en este ligeríisimo sumario razonado de afecciones de hígado que pueden ser indicación de una laparotomía supra-umbilical, decir dos palabras de la hepatoptosis (hígado flotante, movible ó caído) y de algunas afecciones puramente médicas é incurables como tales, para cuya mejoría ó la de alguno de sus síntomas se ha propuesto por varios autores la práctica de una laparotomía simple y definitiva ó preliminar de intervenciones realizadas á distancia del órgano, en puntos que con él tienen conexiones vasculares ó funcionales.

Cuando la dislocación hepática origina molestias grandes, indica la laparotomía supra-umbilical preliminar de una hepatopexia (fijación por puntos de sutura del hígado en el sitio que ocupa normalmente). Esta puede ser de un solo lóbulo ó parcial (cuando éste solo es el dislocado y el que da molestias), ó de toda la víscera (total).

No citaré, pues sería salirme del tema, las diferentes modalidades de una misma técnica fundamental: sólo diré que las más seguras son los que fijan el hígado con seda gruesa (mejor que con catgut) á los cartílagos costales, y refrescan la cara con-

vexa para que contraiga adherencias con el diafragma, que impidan la caída del hígado consecutivamente (Frantze); existiendo además los procedimientos de Gerard, Marchand y Depage, entre otros. Se debe tener en cuenta en esta operación la facilidad de hemorragia en este órgano (para refrescar con bisturí, etc), y como detalle, el que Depage combina la hepatopexia con un estrechamiento de la pared abdominal, mediante la resección de un trozo de ésta en forma de T, y citar el que Langenbuk, alguna vez con éxito, pero con riesgo aun de morir su enfermo de hemorragia, se hizo en un caso de hepatoptosis parcial, lobular, la extirpación del lóbulo dislocado; práctica hoy atrevida, peligrosa y poco recomendable, por lo que ha tenido y tiene más censores que imitadores.

Muchos cirróticos atróficos mueren, más que de insuficiencia hepática, de trastornos generales (circulatorios principalmente) que ésta determina. En otros, la marcha fatal progresiva es lenta relativamente, y duran algunos años sus molestias. La circulación de la porta alterada y sus dificultades sobre todo, aceleran la marcha fatal progresiva de estos desgraciados. Por esto se ha ideado un procedimiento que restara tributarios afluentes á la porta, y que los dirigiera á la circulación general por otra vía, que sin atacar la enfermedad, podría librar al enfermo de muchas molestias; y primero en animales experimentalmente, y después en el hombre, se ha hecho y se ha visto que es posible, y hasta se ha propuesto, por haber dado resultados, la llamada desviación quirúrgica de la vena porta con más ó menos propiedad, en el último Congreso alemán de Cirugía, publicado en la *Semaine Medicale* y en la *Clínica quirúrgica italiana*.

Esta intervención tuvo una primera fase experimental iniciada por Eck. lo que hizo á Talma, de Utrecht, concebir la idea de su ejecución, reflexionando sobre la *caput medusæ* de los cirróticos atróficos. Maulen en 1889 la practicó, así como Echelkly en 91. Lens operó otro enfermo en 1892, y Drumond y Morison otros en 1898, curándose en el de este último la ascitis por formarse un verdadero círculo vascular supletorio.

Tillman la practicó este mismo año en un perro, y Schiassi

propuso se la denominara desviación quirúrgica de la sangre portal; habiéndose hecho hasta el presente pocas operaciones, pues su número no llega á veinte.

En Italia, desde que la conocieron por Schiassi en 1895, la han practicado Clementi, Salvolini y Conmandini, el cual propone se la denomine cura quirúrgica de la cirrosis hepática, y Tantbrause que se la llame cura quirúrgica de la ascitis.

Esta operación en los animales durante su fase experimental, fué ideada anastomosando inmediatamente el tronco de la porta á la vena cava, cosa imposible de realizar en cirugía humana, en la que se trata de lograr la adherencia del peritoneo y su circulación con la de los tegumentos, por una parte, y la de las vísceras abdominales y vasos mesentéricos, por otra.

En tres casos de los publicados, se cuentan dos mejorías notables, una continuada durante dos años, desapareciendo la ascitis; mejoría del enfermo, y de trastornos digestivos (con un régimen desprovisto de hidrato de carbono), aumento de peso, siguiendo igual su estado funcional hepático; en el tercer caso el resultado fué nulo, y el autor indica que esto enseña no debe hacerse la intervención en los casos que como éste se trataba de un caquéctico en último período de enfermedad, pues como en todas estas intervenciones el resultado es mejor al principio de la atrofia esclerósica del hígado, tanto por lo que se refiere al estado general como al local.

El procedimiento no es otra cosa que una laparotomía mediante una incisión lateral desde el reborde costal (dirección de línea mamilar) de 12 á 15 centímetros, de la cual parte, en la unión de su tercio superior con el medio, otra horizontal hasta la línea media, ó sea una ⊢, *t* tumbada irregular; se disecan los colgajos que resultan, se va á buscar el epiploon mayor, se coge de él un trozo en forma de abanico y se saca por los bordes peritoneales, lo tiene así un ayudante fuera de la cavidad peritoneal y el cirujano sutura la herida del peritoneo parietal, dejando fuera de éste y comprendido entre sus bordes cerrados el epiploon inmediatamente por cima del peritoneo suturado (la cara parietal, debajo de la capa muscular profunda abdominal); se incluye el epiploon, y se termina suturando las pare-

des del abdomen. El epiploon contrae relaciones vasculares; desaguan sus vasos y afluentes á las epigástricas y mamarias internas en vez de ir á la porta, y se sustraen dificultades circulatorias de dicha vena.

Con esto creemos haber terminado las indicaciones de la laparotomía supra-umbilical del hígado y vías biliares, y vamos á pasar al estudio de las que pueden darnos el estómago, duodeno y yeyuno.

Enfermedades del estómago, duodeno y yeyuno, que pueden ser indicaciones de laparotomía supra-umbilical.—En tesis general, el duodeno es fuente de indicaciones la mayoría de las veces por continuidad de lesiones de la porción pilórica del estómago, que coindican la intervención sobre ambos órganos, aparte de algunos casos poco frecuentes de cáncer exclusivo del duodeno y de estrangulación ó acodadura de esta porción del intestino delgado, y tanto el duodeno como el yeyuno son objeto de intervención en afecciones del estómago; por todo lo cual tienen natural estudio de conjunto al tratarse de las indicaciones de una laparotomía supra-umbilical, demandadas por las de una intervención sobre estos órganos: así, creo preferible indicar primero las enfermedades que pueden ser fuentes de indicación operatoria que precisa una laparotomía previa, y después, en conjunto también, las indicaciones de las intervenciones consecutivas á la laparotomía que se practican sobre estos órganos. Pasaremos revista á los traumatismos y cuerpos extraños, cánceres del estómago y duodeno y afecciones no cancerosas de dichos órganos, para las cuales se propone hoy la intervención operatoria. Después analizaremos las indicaciones de las gastrostomías, gastrectomías, pilorectomías y gastro-enterostomías, pues todas estas intervenciones precisan como acto previo y son indicación, por lo tanto, de laparotomías supra-umbilicales preliminares.

Toda herida penetrante del estómago ó duodeno indica la intervención para si fuere posible realizar la *restitutio ad integrum*, mediante ó bien fijación: 1.°, de la fístula á las paredes para evitar el derrame en el peritoneo, la cohibición de hemorragia, y si la asepsia de la herida lo permite, la gastrorrafia con todas

las garantías posibles de seguridad y vigilancia ulterior de lo que pueda ocurrir en la herida.

Todo cuerpo extraño de algún volumen no tolerado, no modificable ni que puede ser expulsado por las vías naturales sin peligro, sea cualquiera la que le haya servido de ingreso al estómago ó intestinos duodeno ó yeyuno, precisa, una vez diagnosticado (cosa fácil hoy y segura con la gastroscopia y radiografía), su extracción por medio de una gastrotomía, seguida ó no de gastrostomía, según el estado interior del estómago.

Cánceres del estómago y duodeno.—Cuando son limitados, relativamente pequeños y circunscriptos (dado su asiento casi constante en la porción pilórica), puede estar indicada una pilorectomía, seguida de una gastro-duodenostomía ó de una gastroctomía parcial, cuando su asiento no sea pilórico; pero tiene mucha menos gravedad, y seguros del diagnóstico y naturaleza (cáncer), nos inclinamos mejor á otra operación paliativa menos grave y más útil para el enfermo que la gastrostomía con ó sin válvula, ó sea la gastro-enterostomía, y de éstas siempre que el estado del estómago lo permita y pueda hacerse la gastro-yeyunostomía retro-cólica posterior en Y de Roux. Digo esto porque, á pesar de ello, como hemos tenido ocasión de ver en dos enfermos, la invasión cancerosa del estómago era tal, que sólo existía una pequeña porción de pared gástrica anterior libre, por lo que hubo que hacer la anterior, á pesar de ser preferible la de Roux, dada la imposibilidad material de realizar ésta.

Por lo tanto, en la mayoría de los casos de cáncer, será más conveniente, y la verdadera indicación es la gastro-enterostomía paliativa; pues no nos podemos proponer, por muy radicales que seamos, extirpar todo lo enfermo, ni aun extirpando todo el estómago, como hizo Pelater; y como el que esto escribe ha presenciado en varias ocasiones (una de abocamiento del cardias al duodeno por resección total del estómago) y en otras varias de $^{2}/_{3}$, $^{3}/_{5}$ y $^{1}/_{2}$ del estómago, con la primera porción de duodeno las unas, y con parte de la cabeza de páncreas las otras; y aunque el resultado de estas intervenciones no ha podido ser más lisonjero, pues de tres sujetos tengo noticias recientes que se hallaban en estado perfecto de salud y alguna de estas ob-

servaciones data de más de dos años; no obstante, en la generalidad de los cánceres del estómago, á la menor sospecha de invasión de órganos vecinos (ganglios, etc., caquexia), haremos bien en contentarnos con una gastro-enterostomía, menos grave y muy útil para el enfermo, pues á pesar de toda la asepsia (no he visto complicación infecciosa en ningún caso por mí observado), de toda la pericia (la operación que más duró, á pesar de lo laboriosas que suelen ser, fué cincuenta minutos) y de toda la habilidad y cuidados preventivos y ulteriores, son intervenciones muy graves con una mortalidad crecidísima, y, por lo tanto, reservables para casos en que se pueda esperar curación completa, ó sea para afecciones no cancerosas.

Afecciones no cancerosas.—Entre éstas incluyen los autores (Guinard entre ellos) tres síntomas pertenecientes á varias enfermedades y que son: vómitos frecuentes que impiden la alimentación, conduciendo al enfermo al marasmo por inanición; las hemorragias repetidas (hematemesis, gastrorragias), y dilatación permanente y graduada del estómago, no modificable por medios médicos, y que demuestra una estrechez espasmódica ú orgánica, intrínseca ó extrínseca del píloro.

Como se ve, queda mucho al criterio de apreciación respecto al grado de cada uno de estos tres síntomas que autorice á laparotomizar para intervenir sobre el estómago.

Claro está que muchas de estas molestias, y desde luego las tres, se suelen tratar médicamente, y sólo al médico es al que incumbe determinar cuándo se conceptúa fracasado, y debe llamar al cirujano para remediar quirúrgicamente estas enfermedades.

Analizando el primer síntoma, vómito, sin dilatación ni hiperclorhidria, se ve que por sí solo raras veces, á no ser cuando sea sintomático de una estrechez pilórica, pondrá por su rebeldía el bisturí en la mano del cirujano, pues en la inmensa mayoría de los casos (aparte los del cáncer) será debido á una de esas estrecheces pilóricas, cicatriciales ó fibrosas, consecutivas á úlceras é hiperclorhidria rebeldes con éxtasis y dilatación gástrica; aun cuando, como hemos visto, puede existir sin éxtasis y con anaclorhidria (aunque más raramente), debida su rebeldía

á falta de función del píloro, y, por lo tanto, á tenerse que vaciar por vómito el estómago.

En todos estos casos, cuando ni el régimen ni el tratamiento científico y racional médico han dado resultado, es lícita la intervención y la indicación hermosa, casi idealmente llenada, es la de una gastro-enterostomía, y de éstas la posterior en Y de Roux por ser la más fisiológica, la que vacía mejor el estómago y asegura su reposo, evitando el reflujo biliar al estómago y las flexiones y acodaduras posibles en laanterior de Volfler.

Esta intervención, así como no debe hacerse sin indicación (como ninguna), tampoco debe esperarse á que el enfermo esté en el marasmo completo por inanición, pues no debe olvidarse que todas estas intervenciones (si no tanto como las resecciones de estómago) son de importancia y graves, y su éxito será mayor cuanto mejor sea el estado general del operado. Respecto á esto, citaré dos hechos de observación entre las ocho ó diez intervenciones de esta clase por mí presenciadas: el uno el de un sujeto que llegó á manos del cirujano con una ligerísima sombra de vida (parecía un esqueleto animado: tal era su demacración); á pesar de ello, se le hizo la operación por ser de conciencia, pues no toleraba nada y estaba en la inanición más completa, y sólo merced á 1.200 gramos de suero salino se le pudo con vida operar, y merced á él vivió veinticuatro horas, y sin reaccionar ni reanimarse de colapso, y por desfallecimiento, murió, sin complicación alguna, habiéndole operado con muy poco cloroformo, é invertido cuarenta minutos en la operación, incluso la anestesia, y sin que perdiera dos gramos de sangre. Por lo que se desprende del otro caso, se verá cómo se puede afirmar que muy posiblemente sin la intervención hubiese durado poco más, dado su estado.

En otro caso muy análogo, y tentado estoy á decir que aún tenía más fuerzas radicales que el anterior, se propuso por el médico que le asistía la operación: la necesidad de la preparación hizo aplazar dos días el acto operatorio, y á las veinticuatro horas, un día antes de la intervención, falleció como el anterior, del mismo modo: dígasenos si se realiza en este enfermo la intervención el día por el médico propuesta, al ocurrir lo mismo,

no resulta otra intervención inútil por el estado deplorable del enfermo.

Entre abrir el vientre por cualquier dispepsia un poco acentuada é intervenir sobre cadáveres, hay un justo límite: la indicación que al médico en primer término incumbe precisar y aconsejar en el momento oportuno. En algunas ocasiones, aunque pocas, en casos de estrechez pilórica fibrosa poco graduada, la operación de Loreta podrá dar resultado ó la piloroplastia; pero la de elección en la mayoría de los casos será la gastro-enterostomía realizada en buenas condiciones. La incisión preferible, la media para las pilorectomías, gastrectomías y gastro-enterostomías. En los casos de cáncer de esófago está indicada sobre todo la lateral izquierda para la gastrostomía, habiendo recientemente, además de los procedimientos ya conocidos de Fontáis, Porrier, Marvedel, Barozzi y el clásico de Verneuil y Terrillon, reglado por Terrier, el de Schwartz, y uno como el Routier, objeto de una tesis de Morin, que adopta esta incisión, pero lateral vertical, á diferencia de los anteriores, cuya incisión sigue en todos el reborde costal izquierdo. No me detengo en su descripción, pues sólo el citarlos me compete; y dada la extensión del tema, sería interminable si hubiese de indicar técnicas operatorias y procedimientos de toda la cirugía abdominal, los cuales, por otra parte, se hallan en los tratados corrientes de técnica quirúrgica. Sólo diré que en la mayoría de los casos de gastrostomía, esta operación (que puede á veces ser de urgencia) está indicada por afecciones del esófago, estrecheces (cancerosas sobre todo), teniendo en éstas una indicación formal absoluta y vital.

Hemorragias repetidas del estómago.—Aparte de las cancerosas y sintomáticas de trastornos de la circulación porta (cirrosis atrófica) y de las traumáticas, las demás son producidas por la úlcera gástrica (bien la redonda de Cruveilhier ó la *ex ulceratio simplex* de Dieulafoy). ¿Todas las úlceras gástricas precisan intervención? Seguramente no; muchas se curan médicamente. ¿Cuando las hemorragias son tan intensas y frecuentes que comprometen la vida del enfermo, se debe intervenir? Seguramente que sí. ¿Podremos, aun abierto el estómago, hallar siempre el

sitio de la ulceración? La mayor parte de las veces no. ¿El enfermo, aun en estos casos, puede esperar algo de la intervención del cirujano? Sí: el reposo del estómago con la gastro-enterostomía, y la cura de la úlcera, si se halla con la gastrostomía. ¿Qué conducta es preferible? La primera, sin duda alguna. Esta es, á mi juicio, la conducta más racional dado el estado actual de la cuestión, y lo que se acepta por la inmensa mayoría de los cirujanos.

De aquí surgen las indicaciones que las hemorragias repetidas nos dan de la laparotomía supra-umbilical: en éste como en todos los casos en que hay que explorar, daremos preferencia á la laparotomía media ó lateral oblicua izquierda, siguiendo el reborde costal dicho lado.

Dilatación permanente del estómago como fuente de indicaciones de la laparotomía supra-umbilical.—Todas las indicaciones que surgen de esta enfermedad cuando es determinada por estrechez pilórica, y á su vez causa de vómitos repetidos, ya las hemos citado; aquí sólo nos compete la dilatación llamada protopática por Bouchard, causada por las perturbaciones que el éxtasis de los alimentos y sus fermentaciones anormales originan, trastornos que pueden ser debidos á la hiperclorhidria ó á la hipoclorhidria. Pero si no son originadas por una lesión que determine la hipersecreción de la mucosa, con Bouveret hay que convenir que son modificaciones funcionales, que conducirán secundariamente á otras de estructura, las que conducirán á la gastro-sucorrea ó síndrome de Reichman; síndrome acerca del cual distan mucho de estar de acuerdo todos los especialistas, y, sobre todo, acerca de su limitación; y así, Lonosier, de Varsovia, agrupa en cuatro divisiones: *a*) gastro-sucorrea primitiva, sin estenosis pilórica espasmódica consecutiva; *b*) gastro-sucorrea primitiva con estenosis pilórica espasmódica consecutiva; *c*) gastro-sucorrea primitiva con úlcera y estenosis pilórica anatómica consecutiva, y *d*) gastro-sucorrea con retención consecutiva á una estenosis pilórica.

No están conformes los autores en aceptar la intervención quirúrgica para todos esos casos; lo cual se explica porque antes las estadísticas de gastro-entero-anastómosis eran más desfavo-

rables que las actuales (20 por 100); pero siempre que haya estenosis pilórica, la gastro-entero-anastómosis estará indicada, y sobre todo la de Roux en Y ó posterior, pues evitará el éxtasis de alimentos y las fermentaciones, causa de casi todas las molestias, y aunque persista la dilatación, será llevadera la situación del enfermo. Para esta operación se indican la gastropexia y gastroplicación y hasta resecciones parciales de la parte dilatada del estómago; pero todas ellas son inferiores en resultado á la gastro-entero-anastómosis yeyunal en Y posterior de Roux trans-mesocólica, que, aunque no combate la dilatación, cura las molestias y evita el éxtasis y las fermentaciones.

El duodeno y yeyuno, aparte los casos de herida y tumores en ellos localizados (cáncer de la ampolla de Water el más frecuente), nos interesan por las intervenciones que sobre ellos recaen, bien en las anastómosis con estómago (gastro-duodenostomía, yeyunostomía) por la oclusión de los mismos, bien por cuerpos extraños en el primero y aun en el segundo (cálculos, pelotones de vermes, etc.), bien por acodaduras ó estrangulamientos que pueden sufrir por su situación y relaciones con el mesenterio. Bajo los primeros aspectos, está dicho todo en el capítulo que del estómago nos hemos ocupado. Bajo el segundo (oclusión calculosa), las indicaciones son las de la oclusión intestinal diagnosticada, á saber: laparotomía y duodenotomía y extracción del cuerpo extraño (cálculo), ó extirpación del trozo duodenal, ó bien la exclusión (en casos de cáncer) abocando al estómago el yeyuno.

Son muy frecuentes, fuera de estos casos, las estrangulaciones duodenales al nivel de la raíz del mesenterio para que no los indique especialmente como fuente de indicación de laparotomía supra-umbilical. Baste decir han sido objeto de una tesis notable de Luis Alfredo Petit (1900), en la que cita ocho observaciones: dos de Campenon; tres de Kundrat, de Praga; una de Balster, de Berlín; otra de Philippe y otra personal de Petit, todas de estrangulaciones producidas por la raíz mesentérica, menos una (la de Balster) por un hematoma retro-duodenal que simulaba una oclusión intestinal.

En todas el tratamiento único ha sido quirúrgico; la inter-

vención, la laparotomía media supra-umbilical, y después, si existe acodadura de la porción ascendente del duodeno ó de la primera porción del yeyuno, la fijación de ésta bastará, y Campenon para esto recomendaba fijar el yeyuno en la extensión de algunos centímetros al mesocolon transverso por medio de tres puntos de seda, con lo que se eleva este trozo, se asegura el paso de materias y se deja al intestino fijo y con la movilidad del mesocolon, evitando así otra acodadura posterior si la fijeza fuera menos movible. Cuando se observa que la estrangulación depende de la tracción del intestino sobre la raíz mesentérica que comprime al duodeno, no hay que pensar en fijar todo el mesenterio á la pared abdominal anterior, pues esto, sólidamente hecho, podría ser fuente de ulteriores estrangulaciones; entonces queda el recurso de la anastómosis del yeyuno con un punto más alto del tubo digestivo que la raíz del mesenterio (duodeno ó estómago), siendo preferible con éste en casos de urgencia; y si la cosa apremia, se podrá hacer la duodeno-yeyuno-anastómosis (primera porción de yeyuno con porción horizontal del duodeno que precede al sitio de la estrangulación).

Se observará que al hablar de anastómosis de órganos, ya en el capítulo de vías biliares, no hemos dicho cómo debían practicarse, lo que omitimos de intento, pues como la técnica general es aplicable á todos los casos, no queríamos incurrir en más repeticiones. Ahora diremos que en general, y sin negar las ventajas que en teoría pueden tener los medios anastomóticos mecánicos, botones, bobinas, placas, discos, etc., nuestra experiencia personal nos ha enseñado que es preferible la sutura con seda fina y agujas cilíndricas, bien hecha y reforzada con dos ó tres planos de sutura según los casos; pues sea porque siempre hemos visto operar de prisa (la intervención más larga, hora y media), y por el resultado que hemos visto dar al botón de Murphy, creemos como preferible siempre, y defendible hoy en práctica y en teoría, el procedimiento por la sutura hecha con seda.

Claro es que lo aplico lo mismo á las anastómosis biliares que gastro-intestinales, No obstante, el abocamiento puede ser directo ó lateral, inclinándonos por éste siempre que pueda te-

ner empleo preferible, sin que el de inosculación deje de dar buenos resultados también.

Enfermedades del páncreas como fuente de indicaciones de laparotomía supra-umbilical.—Hace pocos años el páncreas no era objeto de intervenciones quirúrgicas, y su patología se hallaba en la obscuridad más completa, razón por la cual no ha de extrañarnos la falta de indicaciones acerca de la intervención sobre esta víscera, sobre todo si se une esta ignorancia á los temores fundados, si bien exagerados, acerca de las intervenciones sobre dicha glándula. Pero desde el año 87, los trabajos de Nimier y después los de Senn, Hagenbach Seltz, Regnial Fistz, Hartmann, Biondi y Sendler, y, sobre todo, el completísimo de Körte, de Berlín, de fecha reciente, con su Memoria publicada en Febrero de 1898, han permitido que el cirujano posea hoy datos clínicos, y con el concurso de la patología general y los hechos de experimentación, tenga conocimientos bastante precisos acerca de la manera de ser del páncreas.

Así hoy se conoce ese conjunto de fenómenos, llamado dispepsia pancreática (sialorrea, diarrea pancreática, vómitos grasosos, estearrea ó deposiciones grasosas, lipuria é indicanuria), peculiar es de los enfermos pancreáticos.

Y por el lado que aquí nos interesa más, en la actualidad se puede intentar diagnosticar y se diagnostican abscesos, quistes y tumores sólidos de este órgano, pudiendo el cirujano con tales conocimientos, y las ventajas de la asepsia, intervenir en casos traumáticos y extirpar unas veces parte de la cabeza del páncreas, otras la cola, etc., etc. La primera intervención, que vi realizar en tres ocasiones, y en que se trataba de carcinomas pilórico-duodenales, los cuales interesaban el páncreas y en los que la intervención no respetó dicha glándula en su parte afecta. Si bien este hecho (resección pancreática) da una gravedad considerable á la intervención operatoria; siendo la estadística menos sombría en casos de quistes, abscesos, heridas de esta glándula, etc.

A pesar de todo, está todavía un poco lejano el día en que las afecciones de esta glándula se diagnostiquen con la precocidad

que las de otros órganos que son más conocidos, pues en éste casi siempre (sobre todo en los casos que he visto), después de abierto el vientre, se han reconocido sus lesiones, y esto ocurre en la mayor parte de los casos. Claro está que un enorme quiste del páncreas, como algunos de los que cita Körte en su Memoria, se diagnostican; pero actualmente, y á veces aun después de abierto el vientre, es muy difícil la distinción del cáncer difuso, de la pancreatitis crónica, siendo fácil el del páncreas anular y el de las tumoraciones quísticas.

Aunque hay enfermedades como la sífilis, tuberculosis y cálculos pancreáticos, que algunas veces podrán interesar al cirujano, su diagnóstico *a priori* no se conoce, por lo tanto, en los casos de obstrucción de los conductos pancreáticos, se indicará lo que por esta causa productora se deba hacer. Aquí sólo pasaremos revista á las enfermedades quirúrgicas de esta glándula que acepta Villar en la enciclopedia de Delbet y Le Dentu, ó sea el páncreas anular, ectopias y hernias de esta glándula, lesiones traumáticas y hemorragias, afecciones inflamatorias, absceso y gangrena, tumores, y finalmente, como apéndice, los quistes.

El páncreas anular consiste en la disposición particular de la cabeza del órgano en collar completo ó incompleto alrededor de la porción vertical del duodeno, la cual llega á estrechar, dilatándose la que se halla por cima de este punto y el estómago. Se ha hallado esta disposición en varias autopsias; pero no ha habido intervención alguna por dicha causa, debiendo citarse la posibilidad de confudir esta disposición con un cáncer del píloro, dados los trastornos gástricos y de dilatación por cima del punto duodenal estrechado. Si hubiera diagnóstico previo, ó ante un caso de éstos, ¿cuál sería nuestra conducta? ¿Extirparíamos una porción del collar pancreático, ó buscaríamos remedio á los trastornos de estrechez duodenal por medio de una gastro yeyunostomía ó de una duodeno-yeyunostomía? Como intervención, me parece más benigna y de mejores resultados la que remediara el éxtasis gástrico-alimenticio por la gastro-entero-anastómosis.

Desplazamientos y hernias del páncreas.—Lacher, en un 10

por 100 de hernias diafragmáticas (27 de 276), ha hallado el páncreas en la cavidad torácica, de los cuales en los $^{2}/_{3}$ de las veces que esto ocurrió (19) se trataba de hernias congénitas, y en el otro tercio de traumáticas y por esfuerzo de vómitos (6 y 2 respectivamente), y Mayer en 26 hernias diafragmáticas congénitas le halló dos veces.

Como interesante merece citarse la observación de E. Rose, que halló el páncreas en una hernia umbilical de una mujer adulta, cuyo contenido herniario, además del páncreas, lo formaban el colon ascendente y transverso y el apéndice vermicular. A pesar de estos hechos y del caso de Bobryzky, no se conoce la entidad páncreas móvil, análogo al bazo y riñón, aun cuando estos últimos tengan mucho influjo en los desplazamientos de aquél.

¿En estos casos se puede pensar en una pancreotopexia? La cuestión se halla en estudio y sin resolver, pues no hay ningún caso en la literatura médica.

Lesiones traumáticas del páncreas.—Son raras, porque pasan desapercibidas por no tener síntomas propios. ¿Lo son porque coexisten con otras profundas de órganos menos protegidos, que han producido la muerte? ¿O son raras por la razón anatómica de su profundidad y protección de la columna vertebral? De todo debe haber algo, y aquí citaremos á la ligera lo que haya sobre la cuestión bajo el punto de vista que nos interesa.

Cuatro casos cita Senn de contusiones y desgarros del páncreas, unidos á los del hígado, riñón, bazo, etc., y Körte ha reunido más de treinta observaciones, cuyo mecanismo más frecuente de producción es el paso por el epigastrio de una rueda de un vehículo, y alguno se cita de herida por espada en desafío (Groeningen). En otros sólo el páncreas fué contundido (Villière), presentando un desgarro vertical como hecho por instrumento cortante en su mitad. Estos hechos (salvo los casos de muerte por violencia ó extensión de los desgarros á otras vísceras) interesan bajo el punto de vista que nos ocupa, porque su resultado es la compresión ó sección del conducto excretor y vasos sanguíneos, y la consiguiente formación de de-

rrame pancreático ó sanguíneo, los cuales se coleccionan ó se enquistan en la cavidad posterior de los epiplooues, dando lugar á los quistes hemáticos del páncreas, llamados también traumáticos ó pseudo-quistes de los que Körte cita treinta y tres casos, y Lloyd insiste acerca de la frecuencia de estas colecciones líquidas consecutivas á traumatismos de la región supra-umbilical. Unas veces el líquido es claro y albuminóideo; otras claro también, pero contiene azúcar, y el recogido y analizado por Sitlevood contenía sero-albúmina, tripsina, amilopsina y esteapsina (fermento que coagulaba la leche). Lloyd una vez reconoció el jugo pancreático, y de los treinta y tres casos observados por Körte, en 13 el líquido era claro ó ligeramente rosado, y hemático en los otros 20.

De estos hechos, asi como de las experiencias de Brunner, Seun, Hildebrund y Detemer, se desprende que de las heridas y desgarros del páncreas se reponen pronto los animales y cicatrizan con rapidez, á pesar de que algunos autores crean al jugo pancreático capaz por sí solo de producir peritonitis; y así no se aconseja intervenir, á no ser porque el desarrollo de una infección así lo indique, ó porque las compresiones del hematoma ó la violencia de la hemorragia así lo exijan, en cuyos casos la indicación es la general de hemorragia é infección, y se hace la hemostasia y sutura del órgano herido, ó el desagüe de la colección infectada en caso preciso.

Pancreatitis supuradas y gangrenosas.—La indicación de intervención en las primeras, una vez formado el absceso, no es discutible, pues donde hay pus hay que buscarlo y darle salida. A este respecto sólo citaremos la frecuencia con que el pus se derrama en la cavidad posterior de los epiploones, en la cual queda aislado por la oclusión del hiatus de Winslow. A pesar de esto, en alguna ocasión se puede verter fuera de la cavidad general del peritoneo, haciendo prominencia en la región lumbar derecha ó izquierda, simulando un flemón perinefrítico. Claro está que en este caso se podrá intervenir sin laparotomizar, lo cual será preferible siempre que se pueda.

Senn da los preceptos que siguen: si el absceso pancreático es múltiple (focos supurados), la abstención; si la lesión está

limitada á la cola (extirpación de ésta), y si está en la cabeza y cuerpo y el absceso es único, incisión y desagüe. Respecto á la vía de extirpación, la transperitoneal, ó sea laparotomía media supra umbilical, es la más seguida, porque permite mejor llegar al páncreas y á la cavidad posterior de los epiploones; y la lumbar la ha seguido Körte tres veces en cuatro casos operados; y como de excepción, la transpleural adoptada en un caso por Guinard, sirviéndole de guía una punción exploradora hecha á través del diafragma, previa la resección de la novena costilla. Todo esto es aplicable á las gangrenas *mutatis mutandis;* y en cuanto á los resultados, Page dice lo siguiente: doce operados, seis curaciones y seis muertos; de éstos dos fallecieron el mismo día de la operación; en tres casos fué debida la muerte á la persistencia del proceso, y en otro (el de Frankel) al derrame de pus en la cavidad general del peritoneo, á pesar de las precauciones tomadas para evitarlo, lo que dió lugar á una peritonitis generalizada. De los curados, cinco no han presentado nada de particular consecutivo á la operación, y el sexto, una enferma de Körte, tuvo una fístula que la producía erosiones en los bordes de la herida por la que salía un líquido alcalino que emulsionaba las grasas, y dos años después se hizo diabética.

Tumores del páncreas.—Al tratar de este punto, surge la cuestión de la posibilidad de extirpaciones parciales ó totales de esta glándula, para lo cual debo consignar las conclusiones que de sus trabajos experimentales da sobre este asunto Biondi, y que son las siguientes:

1.ª Se puede operar sobre la cabeza del páncreas, á condición de conservar uno de los dos conductos excretores.

2.ª Las pequeñas heridas intra-pancreáticas del colédoco pueden curar sin interceptar la luz del conducto.

3.ª Después de la extirpación total de la cabeza del páncreas, no hay posibilidad de restablecer el aflujo del jugo pancreático al intestino, y mueren los perros á consecuencia de la abolición de la función glandular.

4.ª El jugo pancreático derramado en el peritoneo, puede ser de un modo *indirecto* causa de peritonitis, de donde se dedu-

ce la conveniencia de saturar bien toda herida pancreática ó hacer el tratamiento extra-peritoneal de la porción herida.

5.ª Si la extirpación total del páncreas no produce la muerte por infección, por lesiones de plexos nerviosos ó por gangrena intestinal, la determina por la completa supresión de la función.

Y como consecuencias clínicas á la hora presente, se aceptan que graves traumatismos quirúrgicos pueden tener feliz éxito; que sin inconvenientes se pueden resecar la cola y una parte del cuerpo; que se pueden extirpar tumores de la cabeza, siempre que no exijan la extirpación total de ésta.

En otra parte de este trabajo he citado observaciones de casos cuya intervención he presenciado, en los cuales se propagaba un tumor canceroso del píloro á la cabeza del páncreas, y en los que se habían hecho extirpaciones parciales, é hice notar la gravedad que (á la grande que supone la pilerectomía) da esta intervención quirúrgica sobre el páncreas.

También he citado en el transcurso de este trabajo otra observación de un quiste hidatídico intra-pancreático tratado por la extirpación y sutura acolchonada de su cavidad, en un enfermito que tenía otros peritoneales y hepáticos. En la literatura médica, sobre todo en la tantas veces citada Memoria de Körte, Trendelembourg (1882) fué el primero que extirpó la cola del páncreas por un tumor sólido (sarcoma). Ruggir (1889) un adenosarcoma de la cola y Briggs (1890) un adenosarcoma de la cola con hidátides. Routier en 1892 un tumor maligno no ganglionar de la cola pancreática, y Terrier un epitelioma quístico de la cabeza. Malthe (1894) un carcinoma gigantesco celular de la cola; ya este mismo año Kronlein un angiosarcoma, y Brondi un adenoma de la cabeza, habiéndose publicado el 95 la de Kronlein y el 96 la de Brondi.

Por último, Sendler (1896) un linfoma tuberculoso de la cabeza del páncreas.

En resumen: nueve casos, cinco sobre la cola y cuatro sobre la cabeza, y sus resultados seis curaciones y tres muertos, advirtiendo que las primeras son de las llamadas operatorias, pues dados los diagnósticos, no se haría esperar la recidiva con seguridad.

Los seis casos de curación se reparten así: cuatro para la cola y dos para la cabeza, y los muertos dos para la cabeza y uno para la cola, y esta muerte sobrevino á los dos días por anuria en el caso de Routier; á las siete horas de schok en el de Terrier, y á los siete días á causa de gangrena del colon en el de Kronlein.

Respecto á las operaciones llamadas paliativas para remediar algunas perturbaciones producidas por los tumores pancreáticos, caso de no ser posible su extirpación, todas se refieren á asegurar el desagüe de la bilis en el intestino, que era imposible por compresión ó invasión del colédoco por el tumor; así es que en estos casos estará indicada una colédoco-enterostomía, y hasta la formación de una fístula pencreáticoduodenal, para que el conducto de Virsung vierta en el duodeno el jugo pancreático; pero es más fácil y menos peligroso obtener el mismo resultado mediante la colecisto-enterostomía.

Quistes del páncreas.—Entre éstos figuran los quistes hidatídicos, los sanguíneos ó apoplécticos, los llamados traumáticos ó pseudo-quistes por Körte, y los glandulares ó por retención. Los que más nos interesan son los hidatídicos, susceptibles del mismo tratamiento que cuando asientan en el hígado, y los pseudo-quistes de Körte: en todos la extirpación ó el vaciamiento y marsupialización y desagüe es el tratamiento empleado, y bajo el punto de vista que nos ocupa, no tienen nada de particular, pudiendo ser indicaciones de laparotomía supra-umbilical para su tratamiento, y de ésta la que practica en el abdomen, la sección media, la más conveniente.

AFECCIONES QUIRÚRGICAS DEL BAZO COMO FUENTES DE INDICACIONES DE LAPAROTOMÍA SUPRA-UMBILICAL.—*Lesiones traumáticas del bazo.*—Salvo los casos bastante frecuentes en que la violencia del traumatismo por schok ó hemorragia, ó por ambas cosas, determina la muerte inevitablemente, como acontece en las contusiones extensas con desgarros ó heridas del bazo, en los demás las indicaciones de intervención pueden ser primitivas, por hemorragia (ligadura de los vasos, taponamiento, etc.), ó consecutivas á absceso producido en el foco traumático. En el bazo, en cada caso de traumatismo el cirujano debe resolver

lo más oportuno, y así habrá ocasiones en que por datar de días el traumatismo, haber contraído adherencias hemostáticas el bazo desgarrado y no haber indicación terminante, será prudente la abstención; pero en los demás casos, sobre todo á la menor sospecha de hemorragia, la indicación de intervenir se impone; y ¿cómo? ¿para practicar la esplenectomía? ¿para hacer la hemostasia por cualquiera de los procedimientos que á ella puedan conducirnos? (ligadura de los vasos que sangren en el foco, la sutura del desgarro, ligadura de los vasos esplénicos, ó si la hemorragia no es muy localizada é intensa, por el taponamiento). No conozco ningún caso de esplenectomía originada por traumatismos, aunque haya observado tres por otras causas. En la literatura médica, ni Adelmann ni Riegner citan ninguna esplenectomía por este concepto. Vanuerts ha reunido diez y ocho, con ocho curaciones y diez muertos, si bien debe tenerse presente que en las esplenectomías por este concepto la mortalidad tiene que ser crecida, pues se interviene generalmente en individuos casi desangrados, aunque la técnica operatoria es más sencilla que en los casos de esplenomegalias, porque no suele haber adherencias y suele hacerse la extirpación del bazo con relativa comodidad.

De los procedimientos de hemostasia, el termo está desechado con justa razón, á no ser en casos muy ligeros.

Ligar los vasos del foco que den sangre es buena técnica cuando es suficiente, aunque en estas heridas ni suele ser fácil su busca, ni hacer sólo esto.

La sutura de la desgarradura que sangra, cuando es poco extensa y profunda, suele ser buena y hemostática, y algunas veces podrá emplearse con éxito, debiendo contarse con la tendencia á mortificarse los bordes y la fragilidad del tejido. La ligadura de los vasos esplénicos expone á la gangrena del órgano ó á la de la parte cuya circulación se suprime, si no se liga más que una rama arterial de división de la esplénica; en el caso de tener que practicar la del tronco, será preferible seguirla de la esplenectomía.

Pero el agente vulnerante puede producir la hernia del bazo (más frecuente en las heridas hechas con instrumento cortante

y en las de arma de fuego), y entonces el cirujano puede tener que recurrir á la reducción cuando ésta sea posible, á la abstención, dejando el órgano al aire que se esfacele (como en la exosplenopexia), con todas las contingencias á que esto pueda dar lugar (de infección sobre todo) ó á la esplenectomía parcial ó total.

La reducción podrá hacerse cuando sea practicable, siempre que el accidente sea reciente, el bazo esté sano, sin infección ni adherencias con las paredes abdominales.

En tales condiciones, previo examen del bazo y suturada la herida por pequeña que sea, porque si no pudiera ocurrir lo que le pasó á Eulenberg, quien redujo un bazo herniado con una pequeña herida, y falleció el enfermo de hemorragia consecutiva á la reducción, la abstención, aunque puede dar alguna vez resultados, tiene los inconvenientes de la lentitud y los peligros de la infección.

La esplenectomía parcial ó total por esta causa tiene una estadística de las más lisonjeras, pues Adelmann en cita veinticinco curaciones de veinticinco casos, y Vanrerts veintinueve curaciones de igual número de intervenciones.

La esplenectomía total es superior á la parcial, pues en ésta hay peligros de infección peritoneal por el pedículo, por lo cual algunos autores recomiendan fijar éste á la herida abdominal, y sólo creen indicada la parcial en caso de mucha antigüedad de la hernia y de un estado muy precario del enfermo, á pesar de que se cita un caso de Harold Brown de una hernia esplénica de veinticinco días de fecha, en que practicó la laparotomía, ligó el pedículo esplénico, desprendió las adherencias contraídas por el bazo, y extirpó éste en totalidad, curando el enfermo.

Bazo flotante ectópico ó móvil.—Aparte del tratamiento médico de la faja ortopédica contentiva, previa colocación del bazo en su sitio, aquí sólo citaremos el tratamiento quirúrgico consistente en la detorsión simple del pedículo, previa laparotomía, como hizo Bland Sutton (lo cual expone á recidivas, por lo que nos limitamos á citarlo), la esplenectomía y la esplenopexia.

Respecto de la esplenectomía, diremos que la estadística de

Vanverts no da más que dos muertos en treinta y cinco intervenciones, y en diez y nueve casos de torsión de pedículo ocho muertos y once curaciones; estadística que su autor disculpa por el estado de los enfermos, en los cuales por la torsión tuvo que practicar la esplenectomía.

Consignaremos que de tres observaciones que hemos presenciado de bazo flotante, resultaron dos curaciones, una defunción, después de una marcha post-operatoria ideal, por una imprudencia, pues á los diez días de operada, la enferma, para demostrar á sus compañeras de Hospital lo bien que se encontraba, se puso á bailar, cayendo muerta al suelo á consecuencia del desprendimiento de una ligadura y hemorragia fulminante.

Debiendo advertir que en todos estos casos el bazo, además de ectopiado, en unos estaba hipertrofiado y en otro con un trozo tumoral, cuya naturaleza no puedo precisar por ser la intervención reciente de Mayo de este año, y no conocer el diagnóstico histológico; pero el bazo era grande y en uno de sus polos tenía un nódulo tumoral; mas su calidad de bazo movible me hace citarlos aquí.

La esplenopexia fué practicada por primera vez por Tuffier; los datos de historia y erudición pueden leerse en el trabajo que acerca de este asunto publicó M. Alker en su tesis de Burdeos de 1898; así es que aquí no los citaremos, pues sería interminable y salirnos del tema, no haciéndolo más que de sus indicaciones. Así sólo mencionaremos los diversos procedimientos operatorios de Rydigier, de Bardenheuer; de Zikow, de Giordano, y los cinco experimentales de Pitzorno, siguiendo las indicaciones de Biondi; procedimientos todos ellos descritos en la *Enciclopedia* de Delbet y Le Dentu, tomo VIII, páginas 97 á 101.

Respecto á nuestra experiencia personal, una esplenopexia que vimos fué hecha fijando el bazo por puntos de sutura á la pared abdominal y bóveda torácica; y acerca de los demás procedimientos, los autores hoy se inclinan más á la esplenectomía (Vanverts), á ligero aumento de volumen del bazo ó reblandecimiento de su tejido, cuando no esté absolutamente

sano y no sea movilizable con facilidad ó al menor peligro que temamos de torsión de su pedículo ó de fenómenos de oclusión intestinal provocados por su compresión, casos únicos en los cuales dicen que se puede intentar la esplenopexia. La incisión supra-umbilical para ambas intervenciones suele ser una longitudinal izquierda lateral que sigue la línea mamilar, agrandada con una transversal que sigue el reborde costal de la décima costilla, en caso de necesidad. La tuberculosis del bazo, en cuanto da origen casi siempre á esplenomegalia (causa del diagnóstico y de la intervención), suministra para muchos cirujanos indicación de dos clases de intervenciones operatorias, la esplenectomía y la marsupialización, ó mejor enucleación intracapsular del tejido fungoso hepático, por mortificación y eliminación al exterior, ó sea por una verdadera exosplenopexia.

La primera fué practicada dos veces por Burked en 1889 y Marriot en 1895, mediante una laparotomía media supra-umbilical. Un enfermo curó de la operación y no se ha vuelto á saber nada de él; el otro falleció al día siguiente de infección peritoneal.

La marsupialización (previa fijación á la herida y peritoneo parietal del bazo), el cual se incinde y se raspan sus fungosidades, dejando la cavidad al descubierto para su eliminación ulterior; mediante dos incisiones, una vertical lateral izquierda y otra transversal, fué empleada por Quenn y Baudet y difiere poco de la exosplenopexia hecha el 94 por Villar y por Honzel de Boulogne el 97, en un caso de linfadenia esplénica y por un bazo enormemente hipertrofiado. Operación que tengo noticia ha sido realizada y con excelente éxito en un niño por el Dr. Ribera y Sans, si bien no lo fué por tuberculosis primitiva del bazo.

Abscesos del bazo y quistes sero-sanguíneos é hidatídicos.—De los abscesos peri-esplénicos me ocupé en el capítulo del peritoneo y repliegues, y en los esplénicos con adherencias el tratamiento consiste en la incisión directa sobre el foco y desagüe de la cavidad, y en los que no las han contraído, se fija el bazo á la incisión peritoneo-abdominal, para aislar la cavidad peritoneal, y se incinde el absceso que se desagua y marsupializa lo

mismo que los demás abscesos. En algunos casos, varios cirujanos, como Vanverts, han practicado la esplenectomía en bazos supurados (cuatro casos con un muerto); pero la verdadera indicación es el desagüe del absceso, previa laparotomía é incisión del mismo. El tratamiento quirúrgico de los quistes sero-sanguíneos se resume en la incisión del quiste (esplenotomía), extirpación (esplenectomía parcial y esplenectomía total), inclinándose hoy los cirujanos hacia esta última, aun reconociendo que los otros dos procederes son buenos, por ser ésta más radical y por la frecuencia con que otros quistes que el intervenido puedan quedar en el bazo pasando desapercibidos por la frecuencia con que se presentan los múltiples.

Los quistes hidatídicos.—Respecto á éstos y salvo sus diferencias de sitio y órgano, puede aplicarse á ellos todo lo que se dijo respecto de los del hígado y otros órganos, con la diferencia en lo que se refiere al bazo que en caso de multiplicidad de quistes ó de degeneración grande del órgano, se puede ser más radical que en el hígado y páncreas practicando la esplenectomía total.

Mi experiencia personal en este caso es de dos enfermos, en uno de los cuales estaba el mesenterio sembrado también de quistes, y había una enorme cantidad de vesículas hijas en uno intra-renal que hacía prominencia en el abdomen, y fué intervenido por vía transperitoneal abdominal para el tratamiento de todos los quistes.

Tumores del bazo.—Clínicamente este capítulo comprende las esplenomegalias crónicas (única cosa que se diagnostica y por lo que se interviene), y también respecto al problema intervención, la división de esplenomegalias leucémicas y esplenomegalias sin leucemia de Vanverts está aceptada por todos; sin que esto quiera decir que no haya en este órgano como en los demás tumores malignos (cáncer ó enfermedad de Gaucher, sarcoma, etc.), y benignos; pero clínicamente sólo por las esplenomegalias (bazos grandes, hipertróficos ó tumorales) se interviene, porque es lo único que suele diagnosticarse.

Existen más frecuentemente en el bazo, además del cáncer y el sarcoma, el linfoadenoma, lipoma, fibroma y mixoma.

Un dato que interesa, además de la leucemia, es la movilidad ó fijeza en su sitio del bazo aumentado de volumen.

El tratamiento quirúrgico de este grupo de afecciones del bazo comprende cuatro métodos: la esplenectomía, la ligadura de los vasos esplénicos, la exosplenopexia y la simple laparotomía como modificadora en la evolución de la enfermedad, por la llamada ventilación ó aireado de la cavidad abdominal.

Respecto de la esplenectomía con leucemia, puede decirse en tesis general que está contraindicada por sus fatales resultados, á pesar de los tres casos de éxito operatorio de Franzolini, Burckardt y Hartmann; pues en contra de éstos citados por Vanverts, en otros veintiséis la muerte durante ó después de la operación por hemorragias viscerales fué el triste resultado de esta intervención, y de aquellos tres, dos sólo fueron mejorías operatorias y sólo curó el de Franzolini, y en cambio Fornton tuvo trece muertos de otras tantas intervenciones, Wrizt veintidós de igual número de casos y Spaton de veinticinco operaciones veinticuatro muertos. Como se ve, el resultado no puede ser más funesto, ni más justa la proscripción de intervenir, una vez comprobada la leucemia, pues en los únicos casos felices, la leucocitosis era poco pronunciada.

En las esplenomegalias no leucémicas, admitiremos, según el ya citado Vanverts, su división en palúdicas y no palúdicas, comprendiendo en este último grupo las hipertrofias de algunos vasos ectopiados, las esplenitis crónicas simples, las linfadenias no leucémicas, el linfo-sarcoma, el fibroma, lipoma y epitelioma primitivo, teniendo en cuenta la fijeza del tumor para la intervención. En la esplenomegalia palúdica no leucémica, una vez fracasado el tratamiento médico y en vista de los trastornos y peligros que éste puede originar, no se intervendrá nunca sin que el operado sepa las ventajas y los peligros tanto de la abstención como de la intervención, pues esta es bastante grave, y su mortalidad aun en el período aséptico de 1891 á 97 no baja en los casos más favorables del 15 por 100, y en varios con éxito operatorio en siete se ha registrado la persistencia después de la esplenectomía de los accesos de intermitentes, y la estadística de Vanverts da para setenta casos veinte muertos

y cincuenta curaciones, ó sea un 28,5 por 100 de mortalidad, siendo de estas cincuenta las siete persistencias de paludismo después de la intervención radical operatoria, ya citada.

En las esplenomegalias ni palúdicas ni leucémicas, con bazo fijo, da la estadística de Vanverts una mortalidad de 72 por 100 (de cuarenta casos veintiocho muertos), cifra debida á la complicación operatoria y peligros de adherencias; así que Vanverts dice que en estas circunstancias debe pensarse en abstenerse para no hacer correr graves riesgos á los enfermos.

Y lo relativo á las indicaciones de las esplenomegalias, no leucémicas ni palúdicas, con bazo movible, en el capítulo que de esto tratamos ya las indicamos, debiendo aquí tan sólo decir que son corroborantes de la intervención más radical, si ésta es posible (esplenectomía), y que en algunos casos podrá pensarse en la exosplenopexia, teniendo en cuenta sus contingencias, así como las de la ligadura de los vasos esplénicos en el tratamiento de los tumores del bazo; y que hay casos en que por estado general malo, adherencias extensas, leucocitosis acentuada ó leucemia ligera, tendrá que limitarse el cirujano á esperar los resultados modificadores de la esplenomegalia que pueda producir la simple laparotomía abdominal.

Indicaciones que el ángulo hepático del colon y su porción transversal y el ángulo esplénico pueden darnos de laparotomía supra-umbilical.—Anatómicamente es, como hemos visto, el límite inferior de vísceras de la región que nos ocupa; y respecto á sus indicaciones, pocas especiales son las que pueden dar al cirujano, y muchas veces éste, por el cambio de relaciones que en patología sufren los órganos intra-abdominales, tendrá que hacer la incisión con más extensión infra-umbilical que la que por encima del ombligo practique. A fin de completar en lo posible este trabajo, me parece conveniente indicar aquí las principales enfermedades en estas porciones del colon localizadas que pueden dar lugar á intervención laparotómica, con las antedichas salvedades respecto al rigor y pureza en el dominio de la incisión supra-umbilical.

Compresiones de estas porciones de colon, por tumores de órganos vecinos, hígado, estómago, páncreas y bazo.—En estos ca-

sos, al llenar las indicaciones por aquéllas demandadas, podremos corregir y llenar las que la compresión origina.

Entre las afecciones propias, citaremos en el ángulo hepático, trastornos por adherencias al hígado y vesícula biliar, en cuyo caso la indicación será liberarlas con el menor destrozo visceral posible, y si éste se produce en el colon (sutura de la pared rota); si en la vesícula, ó colecistorrafia ó colecistenterostomía, preferible en intestino delgado por razones de fisiología fáciles de comprender, conocido el papel de la bilis en la digestión, *et sic de cœtaris;* en los demás casos probables y posibles, en los cuales es el cirujano el que ha de resolver con su criterio, en el momento de la operación, la mejor solución para cada caso, por lo cual no se puede pretender dar reglas generales. Además, debemos tener en cuenta que entre los sitios predilectos de localización de infecciones intestinales, son los ángulos del colon, con la porción ano-rectal, la ceco-apendicular y la gastro-duodenal, los que más frecuentemente son asiento de dichas localizaciones endo ó peri-intestinales, y unas y otras, cuando dan síntomas de foco supuratorio sobre todo, pueden dar lugar á abscesos estercoráceos, que reclamen el tratamiento quirúrgico *in situ* ó local mediante laparotomía y con las mismas precauciones que se siguen con los demás focos infectados en la cavidad abdominal. Las estrangulaciones herniarias, invaginaciones, vólvulos, etc., posibles en este trozo de intestino como en todos los demás, sólo se diagnostican en general, como todas las producidas por el asiento de la zona intestinal timpanizada, y en estos casos de oclusión, cuando ésta asienta en el intestino delgado, se observa el ciego vacío y retraído, así como todo el intestino grueso, no pudiendo observarse el estado de esta porción por ocultarla las asas dilatadas que se le anteponen, y en caso de oclusión intestinal, en cualquier punto, la técnica más seguida es la exploración por la infra-umbilical, completada por la supra-umbilical para la exploración por evisceración total ó enterostomía, que, facilitando la salida de gases, permite la exploración y la ulterior reducción, de otro modo muchas veces imposible; así es que bajo estos puntos de vista no es muy clara la indicación de intervención supra-umbilical, siéndolo más de

infra-umbilical ó de media total del apéndice xifoides al pubis.

Sólo citaremos la frecuencia de torsiones por la disposición anatómica de los repliegues peritoneales, en forma de abanico, que fijan el ángulo espléuico á la pared posterior del abdomen, así como las producidas por adherencias del epiploon gastrohepático, y las posibles estrangulaciones producidas por bridas mesentéricas ó por heridas del diafragma. Con esto y las estrecheces orgánicas que, como en un caso por mí observado, había reducido la porción transversa á calibre menor del de un intestino delgado (en un enfermo alcohólico) que precisó la resección de 32 centímetros de colon, casi todo el transverso y una colocolostomía, quedan indicadas á mi juicio lo que de especial puede tener este trozo intestinal para indicar intervención quirúrgica (laparotomía supra-umbilical).

Además, y como en capítulos anteriores hemos visto, el colon ha sido indicado para anastómosis con la vesícula biliar, colecistocolostomía y su ángulo espléuico, como sitio para algunos de ano preternatural (coloproctia mejor que colostomía) lumbar, en casos de indicación de esta operación por cáncer alto del recto ó de la S del colon. Para completar este trabajo, sólo nos quedan algunas hernias raras de órganos extra-abdominales normalmente (diafragma), y un estudio general de los traumatismos de la porción supra-umbilical del abdomen, clínico-terapéutico, más bien que patológico, por referirse sobre todo á la conducta que el cirujano debe seguir á la vista ó en presencia de un individuo traumatizado (contusiones, heridas penetrantes por arma de fuego, asta de toro, etc.) Respecto al problema de las indicaciones de la intervención y abstención, es uno que siempre se plantea y es de actualidad, y que aun en nuestros días da lugar á discusiones, lo cual quiere decir que se está lejos de la unanimidad de pareceres.

Como en cada capítulo he indicado lo especial de los traumatismos de cada órgano, aquí sólo tendrá cabida el problema general siguiente: ¿Cuándo y cómo en las contusiones, sea cualquiera el agente productor de la región supra-umbilical, se debe intervenir? ¿Y cuándo y cómo en las heridas penetrantes de la región supra-umbilical se debe intervenir? ¿Y cuándo nos

decidiremos por la abstención en unas y otras, en las penetrantes y en las no penetrantes?

Digamos antes cuatro palabras acerca de las hernias diafragmáticas, y veamos lo que sobre ellas se dice en las obras de Cirugía, pues carecemos en este punto de experiencia personal, para lo cual consultaremos la *Patología quirúrgica*, de Grose, Rhömer y Vautrin, y la *Enciclopedia*, de Delbet y Le Dentu.

Todas las intervenciones por esta causa han sido practicadas sin diagnóstico, y en algunas la autopsia ha hecho posible el diagnóstico (Schwartz), y todos los operados han muerto, habiéndose publicado cuatro casos. Cuando hay estrangulación y compresión por las vísceras abdominales sobre el pulmón y corazón, en un individuo que tiene una abertura anormal diafragmática (congénita, traumática, etc.), la indicación de intervención y reducción del contenido herniario con obliteración (si es posible) de la abertura diafragmática, es clara y por todos aceptada; pero aquí como siempre será preferible la profilaxis, evitando la herniación y la estrangulación consiguiente, siendo la intervención gravísima y hasta ahora fatal; pero fatal es también la abstención y, por tanto, lógica la conducta activa en estos casos. ¿Por qué camino? Sólo Pean admite la laparotomía infra-costal, porque Permann y Asber aconsejan la vía torácica con resección costal transpleural, por la que se efectúa la reducción y cierre de la abertura herniaria; y Schwartz y Rochard también aconsejan esta vía, aun en el caso de que el diagnóstico de esta afección se haya hecho después de una laparotomía.

Y vamos á tratar el último capítulo de este trabajo acerca de las indicaciones clínico-terapéuticas de los traumatismos de la región supra-umbilical en general.

Estudiadas en cada caso particular las indicaciones que los efectos de las contusiones del abdomen (sin penetración) pueden aconsejar la intervención, aquí nos limitaremos á la cuestión batallona de la intervención ó la abstención en las heridas penetrantes de la región supra-umbilical contusas ó incisas, dividiendo este asunto en dos secciones: una, heridas por armas de fuego; y otra, heridas por instrumento de corte; y como apén-

dice, por ser frecuentes en nuestro país, dos palabras acerca de las producidas por asta de toro.

Heridas por arma de fuego penetrantes de la región supraumbilical.—Dos bandos cada vez menos característicos, pero siempre con tenacidad, existen al tratar de la conducta que se debe seguir en estas circunstancias: uno, de intervencionistas, siempre que se diagnostique la penetración; y otro, que podríamos llamar de abstencionistas condicionales, que restringen tanto la intervención, que casi la proscriben en las heridas penetrantes por armas de fuego del abdomen, fundados en datos estadísticos.

Argumentos y preceptos de los intervencionistas.—Entre éstos figura Chauvel, Chaput, Ch. Nelaton y Ed. Schwartz y Berger, que el 95 figuraba en el bando opuesto, y que se ha pasado á éste, así como Guinard. Sus conclusiones son: 1.ª, se practicará la laparotomía inmediata á la menor sospecha de penetración; y 2.ª, se operará haciendo la incisión media total (del apéndice xifoides al pubis) en toda herida penetrante por arma de fuego. Estos preceptos son á raíz del accidente, con ó sin síntomas de reacción peritoneal ó derrame, pues no se sabe si éstos se presentarán más tarde, lo que agrava muchísimo el pronóstico (casi fatalmente); y caso de que no se presenten, como la laparotomía es *inocente*, el herido no sufre perjuicios, y en cambio se le evitan peligros mortales. No admiten más contraindicación que el schok profundo é hipotermia, debidos á hemorragia interna de consideración.

Pasadas más de doce horas del accidente, si no hay síntomas de derrame visceral ó hemorragia, ni de reacción de la serosa, abstención. Y con cualquiera de estos síntomas, ya sean locales ó generales, en el primer caso laparotomía media en la región herida, y con sección total del apéndice xifoides al pubis en el segundo.

Abstencionistas con intervención muy restringida.—Entre éstos figuran Reclus, Kirmisson, Delorme, etc., etc., y sus argumentos son estadísticos unos y clínicos otros, como resultado de lo que se ha observado en la práctica.

La última estadística de Morton dá en ciento diez casos de in-

tervención una mortalidad de 67 por 100; y en la de Reclus, aunque entran en ella casos de heridas penetrantes por instrumentos de corte, da en ochenta y ocho casos de abstención sistemática veintidós muertos y sesenta y seis curaciones, ó sea una mortalidad de 25 por 100 y un 75 por 100 de curados; y en cambio, la que presenta de los casos en que se ha intervenido, la mortalidad es de 78 por 100 (diez y ocho curados y cincuenta y siete muertos).

Y si bien se podrá reprochar á estas estadísticas el no ser comparables por no ser similares, no ocurre lo mismo con lo observado por Stinton en New-York en dos Hospitales distintos, en los cuales, durante igual período de tiempo, se trataron sistemáticamente las heridas penetrantes del abdomen por arma de fuego, en el uno por la intervención y en el otro por la abstención.

En el primero, de diez y siete operados murieron trece y curaron cuatro, y en el segundo, de trece heridos operados murieron diez y curaron tres. Como se ve, los resultados son casi iguales. En vista de esto, ¿qué conducta se debe seguir? ¿Quién tiene razón? Veamos si podemos, reflexionando un poco, aclarar algo estas dudas, y si, como siempre, habrá que ser ecléctico. En primer lugar y en teoría, en parte tienen razón los intervencionistas; pero parten de algunas premisas erróneas, y por eso en la práctica no resultan ciertas sus afirmaciones *a priori*. Ante todo, no es lo mismo intervenir á poco del accidente que declarada la peritonitis, pues mientras en el primer caso la mortalidad, según Coley, sólo es de 55 por 100 y se salva el 45, en el segundo la mortalidad es del 90 por 100 y aún mayor; así es que en el primer caso tienen razón los intervencionistas, así como en el segundo las cosas se inclinan del lado de la abstención; pero en teoría y como no se sabe lo que va á pasar, ¿se debe hacer siempre *a outrance* la intervención? Para esto debemos ver la frecuencia del derrame en las heridas viscerales (estómago é intestinos principalmente) y en las heridas penetrantes de vientre, y vemos que se produce en el 16 por 100 de los casos de heridas intestinales (dato favorable á la abstención); pero en cambio, cuando se produzca por herida del

intestino grueso, la mortalidad es de 91 por 100 y de 99 en el delgado, y no hay nada que indique cuándo éste va á producirse *a priori*.

Si la laparotomía por esta clase de heridas, la evisceración y operaciones consecutivas á la misma, dado el estado de los heridos, fuera, como dicen los intervencionistas en estos casos, *inocente*, y el pronóstico de los heridos no se agravara por la intervención preliminar y consecutiva, otros serían los resultados, y la razón, que en teoría está de su parte, lo estaría en la realidad; pero ni la laparotomía en estos casos es inocente, ni las maniobras de evisceración y reducción lo son; ni las suturas, resecciones ni anastómosis intestinales son operaciones *tónicas* para enfermos cercanos casi todos al schok traumático, ni dos ni tres horas de anestesia se soportan impunemente.

Así es que, como se ve, el asunto es muy complejo y no se pueden dar preceptos generales, limitándonos en el estado actual de la cuestión á aceptar las contraindicaciones de Delorme á la intervención como las más aproximadas á la verdad, que son las siguientes:

1.ª No debe pensarse en hacer la laparotomía en las ambulancias (como se ve, ésta desaparece en la práctica civil), como pretende Chauvel, y tampoco debe intervenirse pasadas diez y ocho horas del accidente, porque en estos casos resulta inútil, pues ó la peritonitis se ha desarrollado ya, ó si no se presenta es señal de que no ha habido derrame de materia intestinal, en cuyo caso el herido cura sin la intervención, y en ambos casos ésta es inútil.

2.ª Cuando el colapso sea muy pronunciado, es inútil la intervención, porque como ésta es grave, larga y difícil, el operatorio, sumado al que tiene el enfermo, le acarreará la muerte.

3.ª Cuando las heridas son producidas por fragmentos de granada, no se debe intervenir porque casi seguramente estará lesionado casi todo el paquete intestinal, y, por lo tanto, es inútil la intervención; y

4.ª Tratándose de fusiles modernos, cuando el disparo se haya realizado á poca distancia (zona de efectos explosivos) no

se debe intervenir por la cuantía de los destrozos que el efecto explosivo de los proyectiles produce en estas circunstancias.

¿Qué indicación tendrá la laparotomía en vista de esto? En los primeros momentos del accidente, diagnosticada la herida visceral (intestino, estómago, etc.) y el derrame, se debe intervenir, porque de no hacerlo, la muerte por peritonitis es fatal; en caso de hemorragia lo mismo, para cohibirla, pues, la hemostasia espontánea es en estos casos casi imposible (no se realiza casi nunca), y la hemorragia puede matar al enfermo. Lo propio ocurre si se diagnostica derrame de bilis en el peritoneo.

Dicho esto, vamos á tratar de las heridas penetrantes por instrumento cortante. En éstas, la indicación de la intervención es más clara y aceptada por todo el mundo, una vez seguros del diagnóstico de penetración con ó sin herida visceral, y mucho más terminante el precepto de intervención en el segundo caso.

En el primer caso, puede ocurrir que la intervención sea precisa tan sólo para hacer hemostasia (hemorragia) ó tratar una hernia epiplóica ó intestinal producida por el traumatismo, debiendo advertirse que en caso de hernia epiplóica, mejor que tratar de aseptizarla, si ha tenido contacto con cuerpos exteriores el epiploon procidente, es suturar su pedículo y resecarle, y cuando su contenido sea intestinal, ver si está herido el intestino: en ese caso suturarlo, y después de desinfectarlo, reducirlo; estando autorizado siempre (práctica que seguí en un caso de mi clientela con éxito) sirviendo la herida accidental para hacer la exploración y la intervención, que remedie lo que se descubra que necesite ser intervenido. En el segundo caso, ó sea con diagnóstico de herida visceral, á fin de practicar la intervención que el traumatismo visceral exija y que ya se ha indicado en cada caso particular en los capítulos anteriores respectivos. En tales heridas suele estar más neto el diagnóstico de sitio, y, por lo tanto, no serán tan frecuentes las laparotomías de incisión total media, á pesar de lo que afirma Chaput, sino parciales, y en cada caso variará su sitio: á veces será sobre la misma herida, cayendo la incisión verticalmente sobre ella (y Rochard en tesis general así lo aconseja) en heridas muy separadas de la línea media; como asimismo recomienda la para-

media (borde externo de rectos) cuando la herida asiente cerca de esta región, y la media sobre la línea alba, cuando esté cerca de ella el foco traumático, ó sea preciso explorar ampliamente, siempre en previsión de las eventraciones ulteriores, tan frecuentes en las secciones transversales y lateralizadas.

Claro está que el problema de cuándo se debe ó no intervenir en las heridas penetrantes del abdomen, envuelve otra cuestión que ha dado en general, sobre todo en las heridas por arma de fuego, origen también á grandes discusiones, ó sea á si se deben ó no explorar estas heridas. Como en esta región la laparotomía exploradora no es otra cosa que el desbridamiento para examinar otras regiones, aquí la intervención exploradora se confunde muchas veces con la intervención terapéutica, por lo que cabe también ocuparnos de esta cuestión; y en ella casi todo el mundo se inclina por la afirmativa. Nada de sondeos peligrosos; la única exploración, una vez sospechada la penetración, es la laparotomía, que por sí sola, cuando tengamos que contentarnos con ella por no poder pasar adelante, no habremos agravado mucho al enfermo, y, en cambio, nos permitirá cohibir una hemorragia cuando exista, diagnosticar una herida visceral y remediarla, desinfectar la herida accidental, etc., etc.

Debemos citar lo mucho que sirve la intervención precoz para el conocimiento del estado de replección del estómago é intestinos por los alimentos, pues en estos casos las contingencias de derrame é infección son mayores, y más terminantes las indicaciones de una pronta intervención que pueda evitar los peligros de una peritonitis mortal.

Heridas por asta de toro penetrantes del abdomen.—Son posibles en la región que nos ocupa, y he tenido ocasión de observar personalmente dos casos: en uno había una extensa eventración, lo que hubo que corregir por rotura de la pared muscular abdominal, pero sin destrozo visceral, y en el otro fué preciso resecar la S iliaca en toda su extensión; casos citados por el Dr. Ribera en su *Patología quirúrgica general*, así como otro del Dr. Olóriz, en el que el asta había producido rotura de casi todas las costillas del lado derecho, perforación del hígado, diafragma y pulmón derecho, hasta el lóbulo medio (no hay para

qué decir que el herido falleció á las tres horas de producido el accidente), obteniéndose la curación en las otras dos intervenciones.

Debe tenerse presente en estas heridas su gran violencia (lo que hace que aparezcan á veces como heridas incisas), el destrozo profundo visceral que el asta del toro puede producir basculando en el interior del abdomen (volteo, acción de gravedad, fuerza de la cabeza del toro), y la posibilidad de que en su profundidad haya cuerpos extraños (trozos del traje del torero, arena, sangre del caballo llevada en el pitón del toro, etc., etc.), y además su carácter de contusas para no apresurarse á reunirlas por primera intención y su casi segura infección por la naturaleza del agente vulnerante. Con esto, y con recordar lo frecuentes que son las hemorragias primitivas y la facilidad con que un sondeo intempestivo puede producir el desprendimiento de un coágulo obturador de un vaso herido, no queda más que indicar lo que agrava su pronóstico, caso de herida gástrica ó intestinal, el que el aparato digestivo no esté en estado de vacuidad; por lo cual casi todos los toreros suelen no comer desde seis ú ocho horas antes de la corrida, convencidos, por consejos peritos y por triste experiencia, de lo peligrosa que es una herida del abdomen en estado de repleción alimenticia.

Como preceptos generales se pueden citar los que da en su obra el Dr. Ribera, y que hago míos por creerlos ajustados á la verdad y á la realidad, y que son: desinfección rigurosa de la herida; ligadura de los vasos seccionados cuando sea necesaria; suturas intestinales cuando existan roturas de este órgano; no apresurar la reunión, procurando el desagüe más amplio del foco; transformar éste de infectado en aséptico, y vigilar con cuidado el estado general.

En rigor de verdad, aún quedaría para completar este trabajo estudiar las intervenciones que cuerpos que accidentalmente pueden hallarse en la región supra-umbilical fueran origen de intervención; pero como éstos por sí no dan ninguna (casos de tolerancia completa), y cuando dan alguna siempre es por trastornos de los órganos donde asientan, ó á los que molestan en sus funciones ó por infección, y entonces las indicaciones son

las que hemos visto demandaban los órganos correspondientes perturbados ó comprimidos, ó la infección producida; así es que de cuerpos extraños, sólo de algunos, por su naturaleza orgánica (cálculos) ó por su habitual presencia (ascárides, vermes) en los órganos de la región supra-umbilical, nos hemos ocupado en este trabajo, y hemos citado las indicaciones que su presencia ó los trastornospor ellos producidos podrían exigir. Con esto, dado el criterio por mí sostenido en este trabajo de laparotomía supra-umbilical, doy por terminado el mismo, creyendo que, si no otros méritos, puede aspirar á tener el de ser completo y sincero. En muchos capítulos he podido dar mi modesta opinión por haber tenido la fortuna de presenciar unas veces y otras intervenir para llenar indicaciones terapéuticas como la que nos ocupa; en otros he procurado expresar el estado actual de la ciencia, y para ello me han servido poderosamente el discurso de ingreso sobre laparotomía general del Dr. Ribera y Sans, así como su obra de *Patología quirúrgica general,* sobre todo en el capítulo de heridas penetrantes del abdomen en general y por arma de fuego y por asta de toro; en las enfermedades quirúrgicas como indicaciones de laparotomía supraumbilical, de Schwartz (enfermedades quirúrgicas del hígado y vías biliares), la *Enciclopedia* de Delbet y Le Dentu, y varias *Monografías*, como las de Körte, de Berlín, acerca del páncreas; la de Vanverts, sobre el bazo; en quistes hidatídicos del hígado, la tesis del Dr. Cortés, de Madrid; respecto del estómago, Terrier, y la tesis de Morin en gastrotomías; la de Luis Alfredo Petit en estrangulamientos de duodeno al nivel de la raíz del mesenterio; y para los datos anatómicos, la magnífica obra de *Anatomía de las regiones*, de Mac Cullan, además de varios periódicos y revistas españolas y extranjeras que he podido tener á mi alcance.

Lo personal ha sido el fruto de nueve años, en los cuales he presenciado cientos de laparotomías por las más diversas causas.

He terminado, y si mi esfuerzo no ha dado mejor resultado, no será por falta de buen deseo por parte del autor.

DICTÁMENES DE COMISIONES

APROBADOS POR LA ACADEMIA

I

De la primera Comisión de Medicina forense, acerca de si la muerte de un sujeto fué producida por suicidio ó por homicidio.

La Comisión primera de Medicina forense ha recibido, por conducto de la Secretaría de la Corporación, traslado de un oficio del señor Juez de primera instancia é instrucción del distrito de....., solicitando informe la Academia, acerca de si la muerte de N. N. N. N. ha sido producida por suicidio ó por homicidio; y al no poderse determinar con exactitud, cuál de las dos opiniones reúne mayores probabilidades de acierto. A la comunicación acompañan dos testimonios de reconocimientos y diligencias de autopsia: uno de los Médicos forenses Don N. de N. y N. y D. N. N. y N., y el otro de los Médicos de la misma clase D. N. N., D. N. N., D. N. N. N. y D. N. N.

La Comisión ha examinado detenidamente ambos documentos, y después de deliberar acerca del grave asunto de su cometido, tiene el honor de someter al juicio de la Academia el siguiente proyecto de informe:

Resultando que en 20 de Enero de..... declararon los Médicos forenses D. N. de N. y N. y D. N. N. y N. que habían practicado el reconocimiento y autopsia del cadáver de N. N. N., el cual representaba tener de unos cuarenta á cuarenta y cinco años de edad; que tenía puestas las ropas siguientes: chaleco exterior, otro de Bayona, camisa de franela, elástica, calzoncillos, pantalón, botas y calcetines, las cuales estaban muy manchadas de sangre, principalmente las que correspondían á la parte anterior del pecho; que la cara y manos también estaban cubiertas de sangre coagulada y muy desecada, y que

en las ropas, que las tenía abrochadas, no había cortadura ni solución de continuidad, que indicaran paso por las mismas de instrumentos cortantes ni punzantes:

Resultando que los dos precitados Médicos forenses apreciaron en la cabeza del cadáver (entre la sutura fronto-parietal por delante y la occipito-parietal por detrás, y en el espacio de tres traveses de dedo á los lados de la sutura biparietal), diez y siete heridas incisas, limpias, en dirección de delante atrás, paralelas, y que por su multiplicidad no fué posible la mensuración de cada una, existiendo la particularidad de que cuatro ó cinco heridas tenían ángulos tan agudos, que terminaba la piel en punta, y que todas se diririgían hacia atrás; que existía otra herida superficial, de dos centímetros, en dirección de arriba abajo, situada en el arco orbitario externo del ojo derecho, donde el instrumento obró más como contundente que como cortante:

Resultando que los Sres. N. y N. observaron que el cadáver presentaba nueve incisiones superficiales, que sólo interesaban la piel, y la mayoría de ellas el epidermis y algo del dermis, situadas entre la apófisis mastoidea izquierda y la línea media del cuello, encima del hueso hioides; que en el lado derecho del cuello existían otras siete incisiones, iguales á las descritas en el lado izquierdo, entre la apófisis mastoidea y el borde anterior del músculo externo-cleido-mastoideo, y desde este punto una herida que llegaba hasta encima de la parte media del hueso hioides, que interesaba todos los tejidos blandos hasta la faringe, que quedaba al descubierto:

Resultando del informe, que apreciaron otra herida punzocortante, de cuatro centímetros, en la región del apéndice xifoides del esternón, en dirección de arriba abajo, y que, sondada, tenía cinco centímetros, penetrando en una cavidad esplánica; que había otra herida, análoga á la anterior, en la parte media de la región epigástrica, á un través de dedo de la línea media, también penetrante; que existía otra herida, de iguales caracteres que las anteriormente descritas, en la mencionada región epigástrica, á tres centímetros de la línea media, en su lado izquierdo y en plano más bajo que la anterior, que penetraba

en la cavidad abdominal; y que, por último, había otra herida punzo-cortante, angular, que en el lado izquierdo mide cuatro centímetros y en el derecho dos, situada á un centímetro debajo del ombligo, y también penetrante:

Resultando que examinadas con suma escrupulosidad las manos, antebrazos, brazos y planos laterales y posterior del cadáver, en ningún punto existía la más pequeña lesión ni agresión contra dichas partes dirigida:

Resultando que practicadas las convenientes disecciones y desprendida la piel de la bóveda craniana, se vió que el instrumento que produjo las heridas sólo había comprometido toda la piel y el pericranio, ocasionando en el hueso impresiones muy superficiales, en número de ocho, y que la más profunda sólo alcanzaba medio milímetro, y que no estaban fracturados los huesos de la bóveda y de la base del cráneo, ni había lesiones en las meninges y en la substancia cerebral:

Resultando que, aparte de las ligeras heridas, ó mejor sencillas erosiones, sólo existía en el cuello una herida incisa que interesaba todos los tejidos, penetrando en la cavidad faríngea, sin seccionar los grandes vasos y nervios de la región cervical:

Resultando que, abierta la cavidad torácica, se observó que no había alteración en los pulmones, y que el corazón contenía sangre líquida en corta cantidad.

Resultando que en la cavidad abdominal se observó que la herida de la región esternal había lesionado la cara convexa del hígado, cerca de su borde anterior, en la extensión de un centímetro; que las otras dos heridas del epigastrio eran así mismo penetrantes, en dirección también vertical, con abertura en la cara interna, de un centímetro, y á cinco más abajo de sus correspondientes en la piel; que iguales caracteres á las descritas tiene la herida de la región umbilical, explicando la forma angular que presenta creyendo que el individuo se incorporó hacia adelante, produciéndose una arruga en la piel del punto donde obró el instrumento:

Resultando que de las lesiones descritas, así como de los demás datos que se les ha facilitado, manifiestan los Sres. N. y N. que puede reconstituirse el momento de producción de la

muerte de N. del siguiente modo: que dicho sujeto se levantó de la cama, en donde se había acostado vestido; se puso de pie, arrimándose al lecho, y con los instrumentos preparados decidió quitarse la vida; coge primero el hacha entre ambas manos, con la que se produce diez y siete heridas en la región epicraniana, en la parte accesible á su acción contundente, y como la fuerza no es tan enérgica como fuera su deseo, sólo consigue incindir las partes blandas y *sellar* con el corte los huesos parietales; y como no perdiera el sentido, busca la navaja, que aprieta en forma de puñal, desabróchase los vestidos, y se produce las cuatro heridas del epigastrio y ombligo, que por su dirección y forma claramente indican que fueron hechas estando de pie; y si bien estas heridas eran muy graves, no eran mortales de necesidad, y entonces dirige al cuello la hoja de la navaja, produciéndose nueve lesiones en el lado izquierdo y ocho en el derecho, y sólo una tuvo intensidad para penetrar, seccionando la tráquea y esófago, ocasionando una hemorragia de mediana intensidad, pues no se cortó ningún gran vaso, marchando parte de la sangre al exterior, y otra, por deglución, hacia el estómago, el cual no tenía ningún alimento sólido ni líquido, y faltándole al N. las fuerzas, poco á poco falleció por trastornos respiratorios y hemorrágicos:

Resultando que los Médicos forenses Sres. N. y N., de todo lo expuesto deducen las siguientes conclusiones: 1.ª, que la muerte de N. N. N. N. ha sido por hemorragia y trastornos respiratorios; 2.ª, que esta hemorragia fué lenta, es decir, en un período de duración de seis á quince minutos; 3.ª, que todas las heridas se encuentran situadas en planos y regiones accesibles á la mano del mismo N. N. N.; 4.ª, que hay un hecho inexplicable en el orden de lo natural, y es á saber, el número extraordinario de lesiones con armas distintas, y la persistente voluntad en su ejecución; 5.ª, que las lesiones descritas debieron hacerse, las de la cabeza, con el hacha que se les pone de manifiesto, y las del cuello, pecho y vientre, con la navaja que también se les enseña; y 6.ª, que á pesar de la quinta conclusión, los peritos que informan son de opinión de que en el caso presente se trata de un suicidio, por las razones de que, estando

todas las heridas hechas de frente ó en el plano anterior de N. N. N., ni éste opusiera resistencia, hecho que se apreciaría en sus manos, antebrazos ó brazos, ni esquivara las agresiones, volviéndose ó presentando los planos laterales ó el posterior á aquél ó aquéllos que se las inferían:

Resultando que en 21 de Enero de..... declararon los Médicos forenses Sres. D. N. N., D. N. N., D. N. N. N. y D. N. N., que en virtud de lo ordenado por el señor Juez de primera instancia é instrucción del distrito de....., habían pasado á reconocer el cadáver de N. N. N. N., que ya había sido objeto de necropsia por otros dos Médicos forenses, con el propósito de determinar, en cuanto sea posible, si la muerte de dicho N. ha sido producto de un suicidio ó de un homicidio: afirman que no era extremada la palidez de la piel y mucosas del cadáver; que en el centro de la región carpiana de la cara dorsal de la mano izquierda observaron dos pequeñas erosiones sobre un fondo equimótico, cada una de dos milímetros de diámetro, que revelaban un reciente y pequeño traumatismo:

Resultando que los cuatro Médicos forenses no detallan las demás lesiones, refiriéndose al informe emitido por sus dos compañeros, haciendo tan sólo notar que las heridas producidas por instrumentos punzo-cortantes, tanto la de la región infrahioidea lateral derecha del cuello, como tres de las cuatro que se hallan en la parte anterior del abdomen, ofrecían la particularidad de que á su única abertura de entrada correspondían lesiones múltiples en el fondo; que por lo que hace á la primera, consistían en la sección de la parte izquierda del borde libre de la epiglotis, en una puntura central de todo el espesor de la misma y en diversas punturas de la cara lateral izquierda de la faringe, por debajo de la tonsila; y por lo que respecta á las otras tres heridas, la del epigastrio produjo en el hígado dos heridas perpendiculares, en forma de T, correspondiendo la rama horizontal á un trayecto fraguado en el espesor del borde anterior del hígado; que la supra-umbilical atravesaba las paredes del vientre, en dirección de arriba abajo, y correspondía á otras tres punturas, situadas en la serosa de dicha pared, y que la infra-umbilical, que seguía análoga dirección, termina-

ba en cuatro punturas, también en la serosa de la pared abdominal; de lo cual dedujeron los peritos que una vez introducida la hoja del arma en los tejidos, se asestaron en ellos repetidos golpes antes de retirarla:

Resultando que los cuatro Médicos forenses apreciaron en la cabeza del cadáver, en una de las huellas que dejara impresa el hacha en la bóveda craniana, la ausencia de un fragmento óseo, en forma de concha (que envuelto en un papel les fué presentado); que el encéfalo ofrecía una coloración rojiza, algo intensa, que coincidía con cierta turgencia de los vasos aracnoideos que serpeaban entre las circunvoluciones, más notable en el hemisferio cerebral izquierdo, y que también estaba aumentada la coloración en los colgajos de la dura madre, después de lavados:

Resultando que los cuatro Médicos forenses admitieron como de observación propia los datos aportados al sumario por los dos compañeros que anteriormente practicaron la autopsia, y suscribieron las siguientes conclusiones: 1.ª, que no siendo aisladamente mortal de momento ninguna de las lesiones apreciadas en el cadáver de N. N. N., la muerte se explica por el conjunto de todas ellas, abandonadas á sí mismas, y en virtud de causas complejas, tales como la inhibición cerebral por conmoción del encéfalo, anemia aguda por hemorragia y trastornos respiratorios por lesión de la epiglotis; 2.ª, que la multiplicidad de lesiones observadas en el cadáver de N. N. N., la insólita saña que ellas revelan, la diversidad de instrumentos vulnerantes empleados, y la distinta forma de manejo de éstos, no tienen explicación satisfactoria refiriéndolos á un acto suicida; 3.ª, que ni la alegada ausencia de signos de lucha, ni el asiento, forma y naturaleza de alguna de las múltiples lesiones, son motivo suficiente para atribuirlas á un atentado á la propia vida; antes bien, el conjunto de las lesiones, todas de naturaleza varia, su forma de ejecución, el sitio y reiteración desusada de los hachazos paralelos entre sí y situados en una zona limitada y tan difícilmente accesible á la propia acción vigorosa y eficaz, y hasta la clase de instrumentos, no empleados por los suicidas en ningún caso conocido, llevan al ánimo la per-

suasión de que se trata de un homicidio; y 4.ª, que todas las demás circunstancias que rodean el caso, y ajenas á la investigación necrópsica propiamente dicha, corroboran en su opinión á los infrascritos:

Considerando que los Médicos forenses que redactaron el segundo informe admiten como de observación propia los datos aportados al sumario por los dos Médicos forenses que antes habían dictaminado, limitándose aquéllos á puntualizar que las heridas por instrumentos punzo-cortantes observadas en el cuello y abdomen del cadáver, presentaban una abertura de entrada, á la que correspondían lesiones múltiples en su fondo:

Considerando que es verdaderamente singular el hecho de que N. eligiera el hacha para quitarse la vida, instrumento que rara vez deben emplear los suicidas, según la falta de casos de esta índole en las obras de Medicina legal:

Considerando que también es anómala la suposición que, además del hacha, tuviera N. preparada la navaja para terminar el suicidio:

Considerando que la multiplicidad de lesiones y la insólita saña que revelan no son favorables á la opinión de que la muerte haya sido causada por suicidio, á no admitir en el suicida voluntad enérgica é inquebrantable para quitarse la vida:

Considerando que el sitio y la forma paralela de los hachazos en una zona limitada del sincipucio no indican que sean producto de homicidio, porque no puede suponerse que el agredido estuviera quieto al recibir los primeros golpes; antes, por el contrario, debería variar de posición la cabeza, de una manera instintiva, en cuyo caso estarían las lesiones en diferentes puntos del cráneo:

Considerando que igual razonamiento es aplicable á las leves heridas, ó mejor excoriaciones, que existían en los dos lados del cuello, pues no puede suponerse que el agredido dejara de ejecutar movimientos al sentirse herido, y que el supuesto agresor no intentara profundizar la lesión en los golpes siguientes, limitando su acción al epidermis y á una pequeña porción del dermis:

Considerando que en las ropas que tenía el cadáver no exis-

tía cortadura ni solución de continuidad en los sitios correspondientes á las heridas que indicaran paso por aquéllas de instrumentos cortantes ni punzantes, y no es natural suponer que, caso de haber homicidio, el agresor levantara las ropas antes de herir, y después volviera á cubrir las partes lesionadas:

Considerando que todas las heridas se hallan en sitios accesibles á las manos de N.:

Considerando que en las manos, antebrazos, brazos, planos laterales y posterior del cadáver no existían heridas, lesiones ni huellas de agresión ó producto de lucha en natural defensa al ser el sujeto acometido, y que todas las lesiones están situadas en el plano anterior del cuerpo:

Y considerando que la multiplicidad de las heridas, especialmente de las realizadas con instrumento cortante ó punzante, no excluye la idea del suicidio, puesto que en los anales de la ciencia constan, entre otros hechos, los siguientes: un sujeto, después de haberse practicado dos incisiones en el cuello y dos en la parte interna del brazo, se abrió la safena, y murió por hemorragia; otros, después de haberse cortado el cuello, se hicieron aberturas en el vientre, por las cuales salieron los intestinos lesionados; y un suicida se cortó el cuello y la raíz del pene, se atravesó el corazón y el abdomen y se abrió los vasos del brazo;

La Comisión primera de Medicina forense, después de detenido estudio y amplia deliberación, entiende:

1.° Que tratándose de un caso que se presenta con circunstancias tan excepcionales que puede calificarse de singular, no es posible determinar con exactitud si la muerte de N. N. N. N. ha sido producida por suicidio ó por homicidio.

Y 2.° Que reúne mayores probabilidades de acierto la opinión que considera la muerte de N. como resultado de un suicidio.

La Academia resolverá lo más acertado.

Madrid, 12 de Febrero de 1903.—*El Presidente y Ponente,* Mariano Carretero y Muriel.—*El Secretario,* Angel Fernández Caro.

II

De la tercera Comisión de Medicina forense acerca de la inutilidad de un recluta.

En dicha Comisión se recibió, con fecha 17 de Febrero del corriente año, y procedente de la Capitanía General de....., un testimonio del informe y declaración del Médico civil D. N. N. y N., Vocal de la Comisión mixta de reclutamiento de..... durante el reemplazo de 1897, á fin de que esta Real Academia de Medicina emita el informe correspondiente; y

Resultando que D. N. N. N., Capitán de Infantería, con destino en la zona de reclutamiento de....., es en la actualidad Juez instructor del expediente que se sigue, por haber sido declarado inútil para el servicio militar el soldado N. N. N.:

Resultando que D. N. N., Médico de Sanidad Militar, y Don N. N., Médico civil, ambos Vocales de la Comisión mixta de reclutamiento de....., certifican, con fecha 24 de Abril de 1897: haber reconocido al mozo núm. 11 del cupo del pueblo de..... y reemplazo de 1897, N. N. N., de diez y ocho años de edad, de oficio jornalero, natural de....., correspondiente al partido judicial de....., provincia de....., quien alegaba padecer de las piernas, y en cuyo muslo derecho pudieron apreciar una deformidad constituída por un *callo,* resultante de la fractura del fémur en su tercio superior, así como también indicios de otra fractura del tercio superior de la tibia izquierda, cuyas lesiones, á juicio de los peritos citados, no afectan al funcionamiento de las extremidades correspondientes; por todo lo cual conceptúan á dicho mozo útil para el servicio en el Ejército y en la Armada:

Resultando que en 16 de Enero de 1900, y en....., compareció ante el Juez y Secretario, previa citación, el Médico civil D. N. N. y N., quien interrogado sobre si el día 24 de Abril de 1897 estuvo reconociendo á los mozos del reemplazo de dicho año como Vocal de la Comisión mixta, y preguntado si se afirmaba y ratificaba en lo manifestado ante dicha Comisión, respecto á ser útil para el servicio militar el mozo N. N. N., contestó: que se afirmaba y ratificaba en lo que consta en el certi-

ficado expedido por la referida Comisión y que se le ponía de manifiesto; pero aunque mantuvo el criterio de la utilidad del mencionado mozo, cuando le reconoció ante dicha Comisión mixta de reclutamiento, sin embargo, y después del tiempo transcurrido, está conforme con que, posteriormente al citado reconocimiento, se le considere inútil, por haberse fraguado en el mismo las lesiones funcionales, que contribuyen á imposibilitarle la flexión de la pierna izquierda sobre el muslo correspondiente, con ligera atrofia del miembro:

Resultando que lo que se solicitaba de esta Academia por el Juez instructor, era un informe sobre la responsabilidad del firmante de tan contradictorias declaraciones; y careciendo esta tercera Comisión de datos suficientes para resolver tan delicado asunto, solicitó que por la autoridad correspondiente se ordenase un nuevo reconocimiento del mozo N. N. N. por dos Profesores, militar y civil, á fin de que certificasen sobre la naturaleza y grado de la deformidad de los miembros inferiores del citado sujeto, diferencia de longitud de éstos, estado de las articulaciones y de las masas musculares en las diversas regiones de dichas extremidades, manifestando á la vez, si era posible, la ocupación que el mozo N. N. había tenido desde el 24 de Abril de 1897 hasta la fecha del último reconocimiento:

Resultando que en 23 de Septiembre último ha recibido esta Comisión, por conducto de la Secretaría general de esta Academia, y remitidos á ésta por el Ministerio de la Guerra, los certificados de los Médicos, D. N. N. y D. N. N. y N., de los cuales se ha hecho mérito anteriormente, más una nueva certificación de D. N. N. de N. y D. N. de N. y N. N., Médicos del Cuerpo de Sanidad Militar, con destino en....., cuyos Profesores manifiestan haber reconocido al recluta N. N. N. el día 5 de Junio del corriente año, en el pueblo de....., habiendo observado en el tercio superior del muslo derecho de dicho sujeto un abultamiento duro, que al tacto les produjo la sensación de un callo de fractura, que ha ocasionado un acortamiento de dos y medio centímetros en la extremidad inferior correspondiente, comparándole con la izquierda; y que en éste se aprecia á simple vista una atrofia de las masas musculares del muslo y de la pierna,

acusando la cinta métrica en estas partes una disminución de volumen, de cuatro centímetros en el primero y de dos y medio en la segunda, á la vez que se nota aumento de volumen en la rodilla izquierda, con desviación de la rótula hacia afuera en una extensión de uno y cuarto centímetros, y desviación muy marcada de la punta del pie en la misma dirección que la rótula, cuyas lesiones han determinado una anquílosis incompleta de dicha articulación, que sólo permite un ligero grado de flexión á la pierna; de todo lo cual deducen que el mozo N. N. no ha podido dedicarse á trabajos que requieran gran esfuerzo muscular:

Considerando que en la primera certificación, los Médicos Don N. N. y D. N. N. sólo describen la fractura del muslo derecho del mozo N. N., con deformidad que no afectaba al funcionamiento del miembro, sin expresar la desigualdad de longitud que pudiera existir entre ambas extremidades, y que taxativamente se establece para los efectos de la inutilidad en el número 102, orden décimo, clase segunda del Cuadro de exenciones vigente:

Considerando que este acortamiento del miembro pudo ser más perceptible para los Médicos que le han reconocido en 5 de Junio último, á consecuencia del aumento que necesariamente ha debido adquirir con el ejercicio en el tiempo transcurrido de 1897 á 1901, dado que la fractura hubiera tenido lugar poco antes del primer reconocimiento y en virtud de la edad del sujeto:

Considerando que la rigidez de la pierna izquierda, así como la atrofia muscular á que se refiere el Médico D. N. N. y N. en su segunda declaración, prestada el 16 de Enero de 1900, son fenómenos tan ostensibles, que desde luego no hubieran pasado desapercibidos para dicho Profesor, á no haberse manifestado con posterioridad á la fecha del primer reconocimiento, por virtud del cual fué declarado útil para el servicio el mozo N. N. N.:

Considerando que esta atrofia muscular, ya sea dependiente de la lesión articular de la rodilla izquierda, cuya naturaleza no se indica en ninguna de las declaraciones de los Médicos que han reconocido al mozo N. N., ó bien tenga el carácter de lesión primitiva, que haya podido determinar la luxación in-

completa de la rótula hacia afuera, como parece deducirse de las manifestaciones de los peritos, ha debido en uno y otro caso evolucionar de modo gradual y progresivo:

Y considerando que la inutilidad del mozo N. N. N. para el servicio del Ejército y Armada está comprendida en los números 105 y 106 del orden décimo, clase segunda del Cuadro de exenciones vigente, y ha sido demostrada en los respectivos reconocimientos por los Médicos D. N. N. N., D. N. N. de N. y D. N. de N. y N. N.;

La tercera Comisión de Medicina forense tiene el honor de someter á la aprobación de la Academia las siguientes conclusiones:

1.ª Que es explicable la contradicción en que, al parecer, ha incurrido el Médico D. N. N. N. en sus certificaciones de 24 de Abril de 1897 y 16 de Enero de 1900, declarando útil en la primera é inútil en la segunda al mozo N. N. N., por las modificaciones que en el tiempo transcurrido entre ambos reconocimientos pudo experimentar la lesión determinante de la inutilidad física, hoy innegable.

2.ª Que, por lo tanto, el citado Médico D. N. N. no ha contraído responsabilidad alguna, declarando la verdad en su rectificación, como así lo demuestra también el certificado de los peritos, últimamente llamados para reconocer al sujeto que motiva este expediente.

Madrid, 6 de Octubre de 1901.—*El Presidente,* M. IGLESIAS. —*El Secretario,* FEDERICO OLÓRIZ.—*El Ponente,* EUGENIO GUTIÉRREZ.

III

De la tercera Comisión de Medicina forense, en pleitos sobre reclamación de honorarios facultativos y responsabilidad médica.

Con fecha 13 de Diciembre del pasado año se remitió al Excelentísimo Sr. Presidente de esta Real Corporación un oficio del Juez de primera instancia é instrucción del distrito de....., acompañado de un exhorto del Juzgado de....., para que la Academia dictaminase sobre los extremos del mismo, en el

pleito que le ha dado origen, y que se encuentra en período de práctica de prueba, correspondiendo el asunto á la tercera Comisión de Medicina forense, la cual, después de enterada del escrito, presenta el siguiente informe:

Resultando que D. N. de N. y N., mayor de edad, Doctor en Medicina y vecino de....., ha entablado juicio civil ordinario contra D. N. N. y N. N., industrial, vecino de....., en reclamación de 9.568,80 pesetas, en pago de honorarios y otras cosas:

Resultando que el Dr. N. interesa en la prueba del pleito, que se reclame informe á la Real Academia de Medicina respecto al caso origen del litigio, y del cual hace á continuación su historia clínica:

Resultando que según estos datos clínicos, se trata de una niña, de unos once años de edad, llamada N. N., que se presentó en el Sanatorio del Dr. N. á mediados de Mayo de 1899, acompañada de su madre y del Médico D. N. N. N., y que examinada diagnosticó el Dr. N. artritis de la rodilla derecha de carácter tuberculoso, y teniendo para ello en cuenta la fecha del padecimiento (dos años) y los síntomas del momento:

Resultando que en vista de la falta de eficacia de los anteriores tratamientos, propuso el mencionado Profesor las inyecciones de yodoformo, que fueron aceptadas por la madre y el Médico que la acompañaba, y cuyo empleo se empezó en seguida, obteniéndose con las cinco primeras inyecciones aparentes ventajas, que desaparecieron en los días en que se practicó la sexta inyección, presentándose nódulos tuberculosos, que sufrieron el proceso regresivo de necrosis y caseificación:

Resultando que como consecuencia de estas graves alteraciones, el Dr. N. se creyó obligado á abrir la articulación enferma, haciendo una resección atípica, según él mismo asegura, seguida de varias y difíciles curas:

Resultando que por causa de las malas condiciones generales, de la enfermita, y por la clase de proceso de que se trataba, la curación ha sido larga y penosa, prolongándose catorce meses y poniendo á prueba la resistencia y el celo del Profesor:

Resultando que con estos datos, el Dr. N. pretende que la Academia emita informe sobre los siguientes puntos:

1.° Si están ó no indicadas por la Ciencia y la práctica las inyecciones de yodoformo para el tratamiento de las tuberculosis articulares.

2.° La supuración que ha sobrevenido, ó los tubérculos que se han presentado, ¿son efecto de las inyecciones?

3.° Ante esta complicación, ¿debía ó no operarse á la niña?

4.° ¿Son excesivos los honorarios de 600 pesetas por la operación y las curas?

5.° ¿Cree la Academia que en el Sanatorio de su propiedad no se observan las precauciones asépticas y antisépticas que la Cirugía moderna recomienda?

Y 6.° ¿No es falta de gratitud el reclamar el padre aún 100.000 pesetas de indemnización, por suponer que el cirujano ha dejado deforme á la niña con la cojera por faltas y descuidos, cuando la familia ha podido apreciar el celo é interés desplegados por salvar la vida y conservar la pierna de la enferma? Y termina la parte demandante, rogando al Juzgado acuerde la prueba pericial reclamada:

Resultando que trasladado el escrito á la parte demandada, con el medio probatorio indicado, ésta propuso la siguiente ampliación, que comienza también aportando datos clínicos:

Resultando que por estos datos—no se nombra de quién—la niña ingresó en el Sanatorio con una artritis de la rodilla derecha en período resolutivo, según opinión de eminentes cirujanos—que tampoco se citan—y sin síntoma ninguno de lesión:

Resultando que á pesar de lo acabado de indicar, el Dr. N. hizo el diagnóstico ya citado, proponiendo las inyecciones de yodoformo y glicerina, y que según la parte demandada, prometió curar á la niña en sesenta días, con seis inyecciones, espaciadas de diez en diez días; lo cual fué aceptado sin vacilaciones:

Resultando que según confesión de los mismos, con las cinco primeras inyecciones la niña mejoró del estado local visiblemente, cosa inexplicable, en alteración tan sencilla, como ellos anteriormente habían descrito de la rodilla:

Resultando del mismo relato que después de la sexta inyección, el Dr. N. arrebató la niña de los brazos de la madre, la

cloroformizó, y la practicó una resección parcial epifisaria:

Resultando que como consecuencia de la operación, la niña perdió la movilidad articular de la rodilla derecha; y en atención á todo esto, la parte demandada pretende dictamen sobre los siguientes extremos:

1.° ¿Están indicadas las inyecciones de yodoformo y gelatina en las artritis de la rodilla en período resolutivo? ¿Se puede asegurar que un individuo tiene una artritis tuberculosa, sólo porque tenga una artritis de la rodilla?

2.° Sin haber asistido á la niña N., y sin reconocerla previamente, ¿se puede afirmar la existencia de los tubérculos en la rodilla derecha? La operación practicada después de la sexta inyección, ¿será por haber inoculado dosis excesiva del medicamento, ó por falta de precauciones asépticas en la práctica de la inyección?

3.° ¿Es responsable el Jefe del Sanatorio si las curas practicadas en él no se hacen con las debidas precauciones?

4.° Para practicar una operación quirúrgica, ¿no es necesario el consentimiento previo del enfermo, y si es menor de edad, el de sus padres ó tutores?

5.° ¿Se puede dictaminar sin presenciarlo y reconocerlo, que en un Sanatorio se observan con escrupulosidad, y según exige la ciencia, las curas que en él se practiquen?

6.° ¿Puede exigirse responsabilidad á un Médico que promete curar á un enfermo en plazo dado, y á más si de esta cura resulta con deformidad, y en una joven de trece años?

Resultando que atendiendo á los extremos consignados por ambas partes, se remiten á esta Corporación para su informe y dentro del término probatorio:

Considerando que como en las preguntas hechas á este Centro científico por ambas partes litigantes, cada una de ellas procura asegurar el aspecto del problema bajo el punto de vista más favorable á sus intereses:

Considerando que necesitamos contestar á la vez sin involucrar los términos de la petición, y que lo haremos de la manera más concreta posible:

Considerando que en el diagnóstico de la enfermedad de la

niña hay divergencias, pues el Dr. N. asegura se que trata de una artritis tuberculosa, y la parte demandada de una artritis simple en resolución:

Considerando que de los datos aportados por ambas partes, se conviene en que la niña llevaba dos años de padecimiento articular, habiendo estado sometida anteriormente al tratamiento del primer período de la genu-tuberculosis, por la quietud con los vendajes enyesados; que los síntomas descritos por el Dr. N. coinciden con el paso al segundo período de los tumores blancos de esta articulación, y, sobre todo, en que el Médico que acompañaba á la niña asintió al recurso propuesto por el Jefe del Sanatorio, aprobando con su conducta el diagnóstico y el juicio que le merecía el nuevo tratamiento. Creemos, por tanto, poder casi asegurar que la enfermita tenía una artritis tuberculosa, pues sabido es que toda artritis crónica ó antiguo tumor blanco es de origen tuberculoso:

Considerando que las inyecciones propuestas por el Dr. N. eran, en la época en que las hizo, un recurso muy en boga, y que había hecho concebir grandes esperanzas á muchos notables cirujanos, que llegaron á sospechar que se había encontrado el específico para estas lesiones, como puede comprobarse en algunos casos clínicos de Verneuil y otros:

Considerando que el empleo de estas inyecciones no puede ocasionar alteraciones sensibles en la marcha del padecimiento articular, determinando supuraciones ni infecciones del bacilo fímico, para que se presente un brote agudo en la región afecta:

Considerando que las alteraciones vistas por el Dr. N., y que le obligaron á una intervención, no se explican satisfactoriamente, y á no ser por la marcha del proceso tuberculoso avivado por otras causas, para nosotros desconocidas, pero que ocasionaron la aparición de los nódulos tuberculosos, y sin que creamos que las inyecciones pudieran ser la causa, si las precauciones asépticas se ejecutaron con rigurosidad:

Considerando que una vez presentados los síntomas del segundo período del tumor blanco ó genu-tuberculosis, no había más remedio que acudir á la intervención quirúrgica, si querían evitarse mayores males; presumiendo que el Dr. N. expondría

á la madre las ventajas de la operación y los riesgos de abandonarla, pero nunca practicándola á la fuerza, según indica la parte demandada, pues eso repugna á los sentimientos elevados que todo Profesor de la ciencia de curar tiene en el cumplimiento de su misión, bastando el razonamiento para convencer aun á los padres más obstinados y duros de inteligencia:

Considerando que á la pregunta del Dr. N., de si en su Sanatorio, entiende la Academia que se observan las precauciones asépticas y antisépticas que la Cirugía moderna recomienda, se debe contestar: que ni la Corporación ni ninguno de sus individuos puede responder de semejante cosa, pues siendo estas prácticas de asiduidad y constancia y de detalles prolijos, sólo de lo personal se puede salir garante, jamás de aquello en que intervienen otros; Exigiendo la asepsia educación muy detenida de sus preceptos en los que la siguen, y nadie habrá que pueda responder de la omisión ó falta de un detalle que, puede quebrantar la maniobra mejor hecha; con lo cual queda también contestada la pregunta de la parte contraria:

Considerando que por causa de la deformidad de la pierna operada, el padre de la niña reclama una indemnización de 100.000 pesetas, fundado en que prometió curarla el Dr. N. con sólo las inyecciones, y á más por los perjuicios irrogados á una joven de trece años; pero atendiendo á que la deformidad es inherente á la operación practicada, y que la operación se llevó á cabo para evitar un mal mayor, como hubiera sido la amputación, y tal vez la muerte por infección general, de aquí el que el argumento tenga escasa valía, y más bien debiera la familia demostrar gratitud al que les evitó una triste desgracia, y ante la importancia del mal le redujo á los límites más pequeños posible. Acerca de la promesa de curación, se dice en términos generales y como condicionales; pero nadie que discurra medianamente, puede tomar á un Médico por infalible, y nadie que tenga ligera experiencia de la vida, deja de saber lo falaces que son nuestros juicios y lo expuestos á cambios y sorpresas, puesto que en Medicina las cosas más sencillas se estrellan ante los tratamientos mejor dirigidos y más asiduamente empleados; por lo cual, lo mismo la familia del menestral más humilde, como la

del más alto prócer, lamentan continuamente desgracias parecidas á la de que se trata en este litigio:

Considerando que los honorarios de 600 pesetas por la operación y curas, no sólo son moderados, sino exiguos:

Considerando que después de las amarguras sufridas por el Profesor durante los días graves de la niña; después de la lucha entablada por defender, no sólo la pierna, sino la vida de la enfermita; después de los prolijos cuidados y atenciones prestados á paciente de tal clase; después de tantos esfuerzos por restituir esa criatura al seno de su familia; después de intentar destruir ese germen terrible que llevaba dentro de su organismo, no merecía el Médico, en verdad, ni las censuras y quejas tan dolorosas, ni las reclamaciones tan violentas.

Teniendo en cuenta los resultandos y considerandos anteriores, la Comisión establece las siguientes conclusiones:

1.ª La niña N. N. padecía una artritis tuberculosa (genutuberculosis), según todos los datos.

2.ª El tratamiento de las inyecciones ha sido altamente recomendado en la ciencia, y, sobre todo, en la época en que se usaron en la enfermita.

3.ª La alteración de la rodilla pudo sobrevenir á pesar de las inyecciones, por seguir su marcha el proceso fímico.

4.ª En el segundo período de la artritis tuberculosa la resección es operación indicada.

5.ª La curación de estas resecciones es larga, y más si en su marcha se presentan complicaciones.

6.ª Los honorarios de la operación y cura son mezquinos.

7.ª Respecto á las condiciones del Sanatario del Dr. N. y de su rigurosidad para las prácticas asépticas y antisépticas, nada podemos decir, por desconocerlas en absoluto.

8.ª La conducta del Dr. N. en el caso presente, no merece más que plácemes.

La Academia, en su alto criterio, resolverá lo que crea más conveniente.

Madrid, 14 de Enero de 1903.—*El Presidente*, M. Iglesias.—*El Ponente*, J. Ustáriz.—*El Secretario,* Manuel de Tolosa Latour.

ÍNDICE

DE LAS MATERIAS CONTENIDAS EN ESTE TOMO

DOCUMENTOS LEÍDOS EN SESIONES PÚBLICAS

Páginas.

ACTAS DE SESIONES LITERARIAS

Páginas.

DICTÁMENES

MEMORIAS

SUMARIO DE ESTE CUADERNO.

OBRAS DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA

QUE SE HALLAN DE VENTA EN ESTA CORTE, LIBRERÍA DE [illegible: CUESTA?], CARRETAS, 9.

Farmacopea Española, 6.ª edicion, 1884, en pasta...... [illegible]
Petitorio y tarifa farmacéuticos, 1885...... [illegible]
Tomos de Memorias de la Academia, cada pliego...... [illegible]

CONDICIONES Y PRECIOS DE SUSCRICION Á ESTOS «ANALES»

Los Anales de la Real Academia de Medicina se publican por cuadernos trimestrales, y se admiten subscripciones en el local de la Academia, calle Mayor, núm. 6, cuarto bajo, izquierda, mediante el pago adelantado de 7 pesetas 50 céntimos, por un año, así para Madrid como para provincias y el extranjero; ó por libranza de la misma cantidad, á favor del Habilitado de la Academia, D. Pedro Gutierrez.

Número suelto: 2 pesetas 50 céntimos.